

# 療養手当・医療手当請求書

→健康福祉局環境保健担当

ふりがな	かわさき はなこ	男	生年月日	明治 M	××年	○月 △日 (○△歳)
氏名	川崎 花子	女		大正 T		
				昭和 S		
住所	川崎市川崎区宮本町1番地		方	TEL 200-2488		
認定疾病の名称	<input checked="" type="checkbox"/> 慢性気管支炎 <input type="checkbox"/> 気管支ぜん息 <input type="checkbox"/> ぜん息性気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺気しゅ					
治療を受けた医療機関の名称及び所在地	川崎市立 ○×病院 川崎市川崎区○○町1-1					
治療を受けた	公害医療手帳の番号		治療を受けた日数			
年	月			入院	1	◆
××	○	20	川崎 ○×△□	通院	②	■
<input checked="" type="checkbox"/> 公害健康被害の補償等に関する法律第40条第1項 の規定により ××年 ○月分の 療養手当 <input type="checkbox"/> 川崎市公害健康被害補償条例第5条第1項 の支給を申請します。 医療手当						(該当する方に○)
請求者(被認定者) (宛て先) 川崎市長 住所 川崎市川崎区宮本町1番地 氏名 川崎 花子						受付

同じ月に2か所以上の医療機関で治療を受けた場合、医療機関名・住所を全て記載のうえ、合計の日数を記載してください。

同じ月を記入してください。

治療を受けた月の、翌月の1日以降の日付でのみ御請求いただけます。  
 例：治療を受けた年月が令和4年2月→請求日は「令和4年3月1日」以降

注1 入院と通院、両方の時は、入院のみ記入してください。  
 2 毎月10日までに請求を受け付けたものは、当月の支給となります。  
 10日を過ぎて受け付けたものは、翌月の支給となります。