

療 養 手 当 請 求 書

請求日 令和 年 月 日

大阪市長 様

公害健康被害の補償等に関する法律第 40 条第 1 項の規定による療養手当を請求します。

被 認 定 者	氏 名		生年月日	年 月 日
	認定番号		認定疾病	
	住 所			
医療機関の名称及び所在地		被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとおり		
診療日数				
令和 年 月診療分		請求者氏名		

療 養 手 当 請 求 書

請求日 令和 年 月 日

大阪市長 様

公害健康被害の補償等に関する法律第 40 条第 1 項の規定による療養手当を請求します。

被 認 定 者	氏 名		生年月日	年 月 日
	認定番号		認定疾病	
	住 所			
医療機関の名称及び所在地		被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとおり		
診療日数				
令和 年 月診療分		請求者氏名		

療 養 手 当 請 求 書

請求日 令和 年 月 日

大阪市長 様

公害健康被害の補償等に関する法律第 40 条第 1 項の規定による療養手当を請求します。

被 認 定 者	氏 名		生年月日	年 月 日
	認定番号		認定疾病	
	住 所			
医療機関の名称及び所在地		被認定者が受診した医療機関から提出される公害診療報酬明細書等の記載内容のとおり		
診療日数				
令和 年 月診療分		請求者氏名		