

遅延理由書

〇年〇月〇日

地方公務員災害補償基金
栃木県支部長 福田 富一 様

所属部局の

所在地
名称
長の職氏名

〇〇市〇〇12-34
〇〇市□□部△△課
課長 〇〇 〇〇 印

当所属職員の療養補償請求書につきまして、請求が遅延した理由を下記のとおり報告します。

記

- 1 被災職員の認定番号及び職氏名
- ・認定番号：24-000001

・職氏名：主事 基金 太郎

- 2 対象の療養補償請求書

年 月	医療機関名	金額
〇年〇月	医療法人〇〇会 □□整形外科	22,800 円
〇年〇月	医療法人〇〇会 □□整形外科	12,800 円
合計		35,600 円

- 3 提出遅延の理由
- 〇〇〇〇〇〇（経過等を含め、具体的に記載すること）
- 4 再発防止策
- 〇〇〇〇〇〇（具体的な対策を検討の上、記載すること）