

契 約 終 了 申 出 書

____年 ____月 ____日付けで____(以下「甲」という。)と地方公務員災害補償基金 神奈川県支部(以下「乙」という)との間で締結した指定医療機関に関する契約は、____年 ____月 ____日に甲が閉院(閉局)することにより契約終了なるので申し出いたします。

なお、閉院(閉局)に際し、乙に対し未請求の診療費・薬剤費はないことを確認しました。

また、乙に請求し、未払いとなっている診療費・薬剤費は、

- 〔 ① ありません。
② 下記の通りです。乙において請求内容を確認次第、下記口座へ振り込み願います。

(※①または②より選択ください)

認定番号	被災職員名	所 属	診療期間	請求金額

(振込口座)

閉院(閉局)後の連絡先は下記となります。

住 所

氏 名

電話番号

年 月 日

医療機関住所

医療機関名