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