

労働者災害補償保険
外科後処置申請書

労働局長 殿

外科後処置を受けたいので、診査表を添付の上、下記のとおり申請します。

令和 年 月 日
(〒 -)
住 所
申請者の 電話番号
氏 名 生年月日 年 月 日生

1. 労働保険番号

府県	所掌	管轄	基	幹	番	号	枝番号

2. 負傷(発病)

年 月 日

治 ゆ

年 月 日

3. 傷 病 名

傷害の部位

4. 障 害 等 級 第 級 第 号

5. 障害(補償)等
一時金の受領

年 月 日

障害(補償)等
年金の支給決定

年 月 日

(年金証書 第 号)

6. 外科後処置を受けたい医療機関名、所在地

医療機関名

所在地

7. 受けたい外科後処置のあらまし

保 険 給 付 記 録 票 照 合 欄		局 処 理 欄			原 票 記 入 者 印
申 請 書 記 載 事 項 1〜5 と照合のこと。		本件承認してよろしいか。 局 長 部 長 課 長 補 佐 係 長	交 付 年 月 日	承 認 書 契 印	
署 名			年 月 日		
			承 認 番 号		
照 合 責任者印			No.(整)		