

労働者災害補償保険

外科後処置委託費請求書

-----労働局
殿
労働保険特別会計官署支出官

請求金額			千			円
------	--	--	---	--	--	---

上記金額を外科後処置委託費-----月分として請求します。

内訳は別紙のとおりです。(内訳書-----枚)

令和-----年-----月-----日

(〒-----)

住所
(所在地)-----

請求人 電話番号-----

医療機関の名称-----

責任者氏名-----

振込みを希望する金融機関の名称	銀行・金庫 農協・漁協 信組	本店・本所 出張所 支店・支所	口座番号	
	預金の種類	普通・当座	口座名義人	

(注 意)

- (1) 事項を選択する場合には、該当する事項を丸で囲んでください。
- (2) 請求金額の頭部には、「〒」の文字をつけてください。