

労働者災害補償保険

外科後処置旅費支給申請書

労働局長 殿

外科後処置旅費の支給を受けたいので、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

1 承認書番号 No. ※概算払いを受ける場合、記入は不要です。

2 旅 費 円 (内訳を裏面に記入してください。)

|                                  |                                                                                                                                 |       |                |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------------|
| 事実証明<br><br>※概算払いを受ける場合、記入は不要です。 | 上記申請者が、当医療機関において、令和 年 月 日より<br>令和 年 月 日まで、外科後処置を行ったことを証明します。<br><br>令和 年 月 日<br><br>住 所<br><br>電話番号 ( ) - -<br><br>医療機関名<br>氏 名 |       |                |
| 振り込みを希望する金融機関の名称                 | 銀行・金庫                                                                                                                           | 本店・本所 | 預金の種類<br>普通・当座 |
|                                  | 農協・漁協                                                                                                                           | 出張所   | 口座番号           |
|                                  | 信組                                                                                                                              | 支店・支所 | 口座名義人          |

様式第5号(1)(裏面)

[illegible]