

(様式第1号)

■ 通院費支給要綱様式第1号

アフターケア通院費支給申請書

標準 字体	0	5	ア	カ	サ	ナ	ハ	マ	ヤ	ラ	ワ
	1	6	イ	キ	シ	チ	ニ	ヒ	ミ	リ	ン
	2	7	ウ	ク	ス	ツ	ヌ	フ	ム	ユ	ル
	3	8	エ	ケ	セ	テ	ネ	ヘ	メ	レ	。
	4	9	オ	コ	ソ	ト	ノ	ホ	モ	ヨ	ロ

○濁点、半濁点  
は一文字とし  
て書いてくだ  
さい。  
(例) カ<sup>ハ</sup>ハ<sup>。</sup>

◎裏面の注意事項を読んでから記載してください。

帳票種別 37320	①管轄局 □□	②※未支給 □ 1未支給		
⑤アフターケア手帳番号 西暦年   所轄局   傷病番号   振出番号   枝番号 □□□□□□□□□□□□□□□□	③※受付年月日 9令和 □□□□□□□□	④※指定医療機関番号 □□□□□□□□□□		
⑦預金種別 □ 1普通 □ 3当座	⑧口座番号 (左詰め、ゆうちょ銀行の場合は、記号(5桁)は左詰め、番号は右詰めで記入、空欄には「0」を記入)	⑥※金融機関コード 金融機関   店舗 □□□□□□□□□□		
⑨口座名義人 (カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけてください □□□□□□□□□□□□□□□□		⑩※郵便局コード □□□□□□□□		
右の欄及び⑦から⑨の欄は、新規若しくは届け 出た振込を変更する場合のみ記入してください。		口座名義人 金融機関名 銀行 金庫 組合 店		
通院日	交通手段	通院日数	1日の通院に要した交通経路・距離	1日の通院に要した金額
⑩ 元号 年 月 日 7平成 9令和 □□□□□□□□□□	鉄道 バス 自家用自動車 ( )	日 ( )	( ) 経由 ( ) 往復・片道 間 . Km ( )	(1) ( ) 円
⑪ 元号 年 月 日 7平成 9令和 □□□□□□□□□□	鉄道 バス 自家用自動車 ( )	日 ( )	( ) 経由 ( ) 往復・片道 間 . Km ( )	(2) ( ) 円
⑫ 元号 年 月 日 7平成 9令和 □□□□□□□□□□	鉄道 バス 自家用自動車 ( )	日 ( )	( ) 経由 ( ) 往復・片道 間 . Km ( )	(3) ( ) 円
※ 自家用自動車を利用した場合の金額の算定方法については、裏面の3をご参照ください。				
⑬ 元号 年 月 日 7平成 9令和 □□□□□□□□□□	(4) 「1日の通院に要した金額」((1)~(3))の合計			⑮ 万 千 百 十 円 □□□□□□
⑭ 元号 年 月 日 7平成 9令和 □□□□□□□□□□	(5) アフターケア通院費の支給申請額((1)~(3))に それぞれによる通院日数を乗じた金額の合計			⑯ 十 万 千 百 十 円 □□□□□□
上記により、 年 月から 年 月までのアフターケア通院費の支給を申請します。				
令和 年 月 日				
〒 住所				
申請者の TEL - -				
氏名				
労働局長殿				
受付印				
アフターケア 名称				
実施医療機関の 所在地				
TEL - -				

※印の欄は記入しないでください。(職員が記入します。)