

様式第5号(1)(表面)

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 印 (記名押印又は署名)

1 承認書番号 No. ※前払いを受ける場合、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 ※前払いを受ける場合、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 令和 年 月 日まで、外科後処置を行ったことを証明します。		
	令和 年 月 日 住 所 電話番号 () - - 医療機関名 氏 名 印 (記名押印又は署名)		
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 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

