

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

4. 障 害 等 級 第 級 第 号

傷害の部位

5. 障害補償一時金又は
障害一時金の受領 年 月 日

6. 外科後処置を受けたい医療機関名、所在地

障害補償年金又は
障害年金の支給決定 年 月 日

医療機関名

(年金証書 第 号)

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。		交付年月日
	署 名	局 長	承認書契印		年 月 日
		部 長			承 認 番 号
照 合 責 任 者 印	課 長	No.(整)			
	補 佐				
	係 長				