

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。

平成 年 月 日

(〒 -)

住 所

申請者の 電話番号

氏 名 印 生年月日 年 月 日生

(記名押印又は署名)

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

傷害の部位

4. 障害等級 第 級 第 号

5. 障害補償一時金又は
障害一時金の受領 年 月 日

障害補償年金又は
障害年金の支給決定 年 月 日

(年金証書 第 号)

6. 外科後処置を受けたい医療機関名、所在地

医療機関名

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 事 。 | 本件承認してよろしいか。 | 交 付 年 月 日 | | 承 認 書 契 印 |
| | | 局 長 | 年 月 日 | | |
| | | 部 長 | 承 認 番 号 | | |
| 署 名 | 課 長 | No.(整) | | | |
| 照 合 責 任 者 印 | 補 佐 | | | | |
| | 係 長 | | | | |