

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。

平成.....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、平成.....年.....月.....日より平成.....年.....月.....日まで、外科後処置を行ったことを証明します。		
	平成.....年.....月.....日 住 所..... 電話番号 (.....) - .....		
振り込みを希望する金融機関の名称	銀行 店		預金の種類
	金庫		普通・当座
	組合 所		口座番号
			口座名義人

