

外科後処置申請書

千葉 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 8 年 10 月 15 日

(〒 260 - 0013)

住 所 千葉県千葉市中央区中央1234

申請者の 電話番号 043-6543-1234

氏 名 山田 一郎

生年月日 昭和45年 5 月 20 日生

1. 労働保険番号

2. 負傷(発病) 平成30年 4 月 10 日

府県	所掌	管轄	基 幹 番 号	枝番号
1	2	3	0	5
1	2	3	4	5
6	0	0	0	0

治 ゆ 令和 2 年 3 月 31 日

3. 傷 病 名 右下腿切断

4. 障 害 等 級 第 5 級 第 3 号

傷害の部位 右下肢

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 令和 2 年 6 月 15 日

医療機関名 千葉義肢装具センター

(年金証書 第 12345678 号)

所在地 千葉県千葉市中央区富士見1234

7. 受けたい外科後処置のあらまし

現在使用中の右下腿義足について、ソケット部分の摩耗及び適合不良が生じており、歩行時に疼痛が発生しているため、義足ソケットの再製作及び調整を受けたい。

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。 局 長 部 長 課 長 補 佐 係 長	交付年月日	承認書契印	
署 名			年 月 日		
			承認番号		
照 合 責任者印			No.(整)		