

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

〇〇 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 8 年 10 月 15 日

(〒 260-0028)

住 所 千葉県千葉市中央区新町1234

申請者 の 電話番号 (043) - 6543-1234

氏 名 山田 太郎

1 承認書番号 No. 08-G-12345 ※前払いを受ける場合、記入は不要です。

2 旅 費 630 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 8 年 9 月 10 日より令和 8 年 9 月 12 日まで、外科後処置を行ったことを証明します。 令和 8 年 9 月 12 日 住 所 〒260-0013 千葉県千葉市中央区中央1234 電話番号 (043) - 6543 - 5678 医療機関名 中央労災リハビリテーション病院 氏 名 整形外科部長 鈴木 一郎		
振り込みを希望する金融機関の名称	京葉みらい 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 1234567
	信組	支店・支所	口座名義人 ヤマダ タロウ

様式第5号(1)(裏面)

[illegible]