通院費支給要綱様式第１号

アフターケア通院費支給申請書

標準字体

0	5	ア	カ	サ	タ	ナ	ハ	マ	ヤ	ラ	ワ
1	6	イ	キ	シ	チ	ニ	ヒ	ミ		リ	ン
2	7	ウ	ク	ス	ツ	ヌ	フ	ム	ユ	ル	゛
3	8	エ	ケ	セ	テ	ネ	ヘ	メ		レ	゜
4	9	オ	コ	ソ	ト	ノ	ホ	モ	ヨ	ロ	ー

○濁点、半濁点は一文字として書いてください。
（例）カ゛ハ゜

◎裏面の注意事項を読んでから記載してください。

※印の欄は記入しないでください。（職員が記入します。）

帳票種別 37320

①管轄局 □□

②※未支給 □ 1未支給

③※受付年月日 元号 年 月 日 7平成 □□□□□□□

④※指定医療機関番号 □□□□□□□□

⑤健康管理手帳番号

西暦年	所轄局	傷病番号	振出番号					枝番号		

⑥※金融機関コード

金融機関			店舗		

⑦預金種別 □ 1普通 3当座

⑧口座番号（左詰め。ゆうちょ銀行の場合は、記号（5桁）は左詰め、番号は右詰めで記入し、空欄には「0」を記入。）

⑰※郵便局コード

⑨口座名義人（カタカナ）：姓と名の間は１文字あけてください

右の欄及び⑦から⑨の欄は、新規若しくは届け出た振込を変更する場合のみ記入してください。	口座名義人	金融機関名	銀行 金庫 組合 店

通院日	交通手段	１日の片道の交通経路・距離	金額
⑩ 元号 年 月 日 7平成 □□□□□□□	鉄道 バス（ ）	（ ）経由（ ）まで Km	（1）（ ）円
⑪ 元号 年 月 日 7平成 □□□□□□□	鉄道 バス（ ）	（ ）経由（ ）まで Km	（2）（ ）円
⑫ 元号 年 月 日 7平成 □□□□□□□	鉄道 バス（ ）	（ ）経由（ ）まで Km	（3）（ ）円
⑬ 元号 年 月 日 7平成 □□□□□□□	上記交通経路による通院した片道の合計金額（(1)+(2)+(3)）		（4）（ ）円
⑭ 元号 年 月 日 7平成 □□□□□□□	（5）（4）に記入した交通費の往復合計（(4)×2）		⑮ 万 千 百 十 円 □□□□□
	（6）アフターケア通院費の支給申請額（（5）×通院日数）又は領収書の合計		⑯ 十万 万 千 百 十 円 □□□□□□

上記により、平成　年　月から平成　年　月までのアフターケア通院費の支給を申請します。

平成　年　月　日

〒　－

申請者の 住所

TEL　－　－

氏名　印

（記名押印又は署名）

労働局長殿

受付印

アフターケア実施医療機関の 名称

所在地

TEL　－　－