

記載例：鉄道を利用した場合
(往復 鉄道 5日)

別添1

アフターケア通院費支給申請書

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	カ
											ハ

○濁点、半濁点は文字として書いてください。(例) カ"ハ。

帳票種別
37320

①管轄局 ②※未支給
13 1未支給

③※受付年月日
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」
1513011234567

⑥※金融機関コード
金融機関 店 舗

⑦預金種別 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)
1 1普通 3当座 12345670000000

⑦※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

ロウサイ タロウ

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
労災 太郎

金融機関名
銀行 〇〇 金庫 △△ 組合 店

通院日	交通手段	通院日数	1日の通院に要した交通経路・距離	1日の通院に要した金額
⑩ 7平成 7281105	鉄道 バス 自家用自動車	5日	霞ヶ関 東京間 往復・片道 (1) 4.2 Km (340) 円	
⑪ 7平成 72812			往復・片道 (2)	
⑫ 7平成 72901				
⑬ 7平成 7290204				
⑭ 7平成 7290304				
※ 1日の通院に要した金額は、1キロメートル未満の距離を切り上げ等せずに記載して下さい。 (例)片道2.1キロメートルの場合 (誤り1)片道2.1キロメートルを2倍→往復4.2キロメートル→1キロメートル未満の端数を切り上げ→5.0キロメートル (誤り2)片道2.1キロメートルの1キロメートル未満の端数を切り上げ→3.0キロメートルを2倍→6.0キロメートル				
※ 自家用自動車を利用した場合の金額の算定方法については、裏面の3をご参照ください。				
(4) 「1日の通院に要した金額」((1)~(3))の合計				⑮ 340
(5) アフターケア通院費の支給申請額((1)~(3)にそれぞれによる通院日数を乗じた金額の合計)				⑯ 1700

上記により、平成28年11月から平成29年3月までのアフターケア通院費の支給を申請します。

平成 29 年 4 月 10 日

〒 XXX - XXXX
住所 東京都千代田区霞ヶ関X-X-X
申請者の TEL 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇
氏名 労災 太郎 (記名押印又は署名)

東京 労働局長 殿

受付印

アフターケア 名称 〇〇病院
実施医療機関の 所在地 東京都千代田区丸の内X-X-X
TEL 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

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)

記載例：自家用自動車を利用した場合
(往復 自家用自動車 5日)

別添2

アフターケア通院費支給申請書

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	ハ
3	8	エ	ケ	セ	テ	ネ	ヘ	メ	レ	ロ	
4	9	オ	コ	ソ	ト	ノ	ホ	モ	ロ	ー	

○濁点、半濁点は文字として書いてください
(例) カ"ハ。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)

①管轄局 13	②※未支給 <input type="checkbox"/> 1未支給
③※受付年月日 7平成 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	④※指定医療機関番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
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」 1513011234567	⑥※金融機関コード 金融機関 店舗 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
⑦預金種別 <input checked="" type="checkbox"/> 1 普通 <input type="checkbox"/> 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、空欄には「0」を記入) 12345670000000
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 ロウサイ タロウ	

右の欄及び⑦から⑨の欄は、新規若しくは届け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 労災 太郎	金融機関名 銀行 ○○ 金庫 △△ 組合 店
--	-----------------------	---------------------------

通院日	交通手段	通院日数	1日の通院に要した交通経路・距離	1日の通院に要した金額
⑩ 7平成 7281105	鉄道 バス 自家用自動車	5日	自宅 往復・片道 ○○病院 間 4.2 Km	(1) (185) 円
⑪ 7平成 72812	1日の通院に要した距離は、1キロメートル未満の距離を切り上げ等せずに記載して下さい。 (例)片道2.1キロメートルの場合 (誤り1)片道2.1キロメートルを2倍→往復4.2キロメートル→1キロメートル未満の端数を切り上げ→5.0キロメートル (誤り2)片道2.1キロメートルの1キロメートル未満の端数を切り上げ→3.0キロメートルを2倍→6.0キロメートル			(2)
⑫ 7平成 72901	※ 自家用自動車を利用した場合の金額の計算 「1日の通院に要した金額」は、1日の通院に要した距離に1キロメートル未満の端数が生じた場合は、端数を切り上げた距離に37円を乗じて下さい。 (例) 片道2.1キロメートルを2倍→往復4.2キロメートル→端数を切り上げて5キロメートル 5キロ×37円=185円			
⑬ 7平成 7290204	(4) 「1日の通院に要した金額」(1)～(3))の合計			⑮ 185
⑭ 7平成 7290304	(5) アフターケア通院費の支給申請額((1)～(3))にそれぞれによる通院日数を乗じた金額の合計			⑯ 925

上記により、平成28年11月から平成29年3月までのアフターケア通院費の支給を申請します。

平成 29 年 4 月 10 日

〒 XXX - XXXX
 住所 東京都千代田区霞ヶ間 X-X-X
 申請者の TEL 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇
 氏名 労災 太郎 (記名押印又は署名)

東京 労働局長 殿

受付印

アフターケア 名称 ○○病院
 実施医療機関の 所在地 東京都千代田区丸の内 X-X-X
 TEL 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

記載例：往路と復路で異なる交通手段を利用した場合
(往路(片道) 自家用自動車 5日
復路(片道) 鉄道 5日)

通院費支給要綱様式第1

カサタナハマヤラワ
キシチニヒミリン
27ウクスツヌフムユル
38エケセテネヘメレ
49オコソトノホモヨロ
カハハ

帳票種別
37320

①管轄局 ②※未支給
13 1未支給

③※受付年月日
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
1513011234567

⑥※金融機関コード
金融機関 | 店舗

⑦預金種別 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」)
1 1普通 3当座 123456700000

「1日の通院に要した金額」は、1日の通院に要した距離に1キロメートル未満の端数が生じた場合は、端数を切り上げた距離に37円を乗じて下さい。
(例) 片道2.1キロメートル→端数を切り上げて3キロメートル 3キロ×37円=111円

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
ロウサイ

1日の通院に要した距離は、1キロメートル未満の距離を切り上げ等せずに記載して下さい。
(例)片道2.1キロメートルの場合 (誤り)片道2.1キロメートルを2倍→1キロメートル未満の端数を切り上げて3.0キロメートル

右の欄及び⑦から⑨の欄
出た振込を変更する場合の

義人 金融機関名 〇〇 組 店
太郎

通院日	交通手段	通院日数	往路に要した交通経路・距離	1日の通院に要した金額
⑩ 7平成 7281105	鉄道 バス 自家用自動車 ()	5日	往復・片道 (1) 自宅 () 〇〇病院 間 2.1 Km ()	(111) 円
⑪ 7平成 7281203	鉄道 バス 自家用自動車 ()	5日	往復・片道 (2) 東京 () 霞ヶ関 間 2.1 Km ()	(170) 円
⑫ 7平成 7290204	鉄道 バス 自家用自動車 ()	7	往復・片道 (3) () Km () 円	() 円
※ 自家用自動車 定方法については、裏面の3をご参照ください。				
⑬ 7平成 7290304				
⑭ 7平成 7290304				
⑮ 7平成 7290204				⑮ 281
⑯ 7平成 7290304				⑯ 1405

上記により、平成 28 年 11 月から平成 29 年 3 月までのアフターケア通院費の

平成 29 年 4 月 10 日

「1日の通院に要した金額」欄に記載した金額に通院日数を乗じた額をそれぞれ合計して下さい。
(例) (1)111円×5日=555円 (2)170円×5日=850円 555円+850円=(5)1,405円

住所 東京都千代田区霞ヶ関×-×-×
申請者の 氏名 労災 太郎 (労災印)
(記名押印又は署名)

東京 労働局長 殿

受付印

アフターケア 名称 〇〇病院
実施医療機関の 所在地 東京都千代田区丸の内×-×-×
TEL 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

◎裏面の注意事項を読んでから記載してください。

※印の欄は記入しなくても構いません。

別添4

記載例：通院日により、異なる交通手段を利用した場合
 (1 往復 自家用自動車 4日
 2(1)往路(片道) 自家用自動車 1日
 (2)復路(片道) 鉄道 1日)

カ サ タ ナ ハ マ ヤ ラ ワ
 キ シ チ ニ ヒ ミ リン
 ク ス ツ ヌ フ ム ユ ル
 3 8 エ ケ セ テ ネ ハ ヌ レ
 4 9 オ コ ソ ト ノ ホ モ コ ロ
 カ " ハ " °

○濁点、半濁点は文字として書いてください。
 (例)

通院費支給要綱様式第1

帳票種別
 37320

13 1未支給

③※受付年月日
 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 |
 1513011234567

⑥※金融機関コード
 金融機関 | 店舗
 〇〇

⑦預金種別 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)

1 1普通
 3当座

⑨口座名義人(カタカナ)
 ロウサイ

1日の通院に要した距離は、1キロメートル未満の距離を切り上げ等せずに記載して下さい。
 (例)片道2.1キロメートルの場合
 (誤り1)片道2.1キロメートルを2倍→往復4.2キロメートル→1キロメートル未満の端数を切り上げて5.0キロメートル
 (誤り2)片道2.1キロメートルの1キロメートル未満の端数を切り上げて3.0キロメートルを2倍→6.0キロメートル

「1日の通院に要した金額」は、1日の通院に要した距離に1キロメートル未満の端数が生じた場合は、端数を切り上げた距離に37円を乗じて下さい。
 (例)
 往復4.2キロメートル→端数を切り上げて5キロメートル
 5キロ×37円=185円

右の欄及び⑦から⑨の欄
 出た振込を変更する場合の

金融機関名 〇〇 店
 組合 店

通院日	交通手段	通院日数	1日の通院に要した	交通経路・距離	1日の通院に要した金額
⑩ 7平成 7281105	鉄道 バス 自家用自動車	4日	自宅	往復(片道) (1) 〇〇病院間 4.2 Km	(185)円
⑪ 7平成 7281203	鉄道 バス 自家用自動車	1日	自宅	往復(片道) (2) 〇〇病院間 2.1 Km	(111)円
⑫ 7平成 7	鉄道 バス 自家用自動車	1日	東京	往復(片道) (3) 霞ヶ関間 2.1 Km	(170)円
※ 自家用自動車を利用した場合の金額の算定方法については、裏面の3をご参照ください。					
⑬ 「1日の通院に要した金額」(1)~(3)の合計					
⑭ それぞれの交通経路を利用した日数を記載して下さい。 「1日の通院に要した金額」欄に記載した金額を合計した金額を記載して下さい。 (例) (1)185円+(2)111円+(3)170円=(4)466円					
⑮ (5) アフターケア通院費の支給申請額(1)~(3)にそれぞれによる通院日数を乗じた金額の合計					
⑯ 466					
⑰ 1021					

上記により、平成28年11月から平成29年3月までのアフターケア通院費の
 平成 29 年 4 月 10 日

「1日の通院に要した金額」欄に記載した金額に通院日数を乗じた額をそれぞれ合計してください。
 (例)
 (1)185円×4日=740円
 (2)111円×1日=111円
 (3)170円×1日=170円
 740円+111円+170円=(5)1,021円

東京 労働局長 殿
 受付印

住所 東京都千代田区霞ヶ関×-×-×
 申請者の 氏名 労働 太郎
 (記名押印又は署名)
 アフターケア 名称 〇〇病院
 実施医療機関の 所在地 東京都千代田区丸の内×-×-×
 TEL 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

◎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)