

年 月 日

殿

住所

氏名

労災給付請求に関するお願い

私が貴院で療養した際、下記1の療養費を支払いし受領書をいただきましたが、紛失したため受領済みの証明をいただきたくお願い致します。

記

1.療養費内訳(いずれか○をする)

療養の費用	円
休業証明料	2,000 円
障害補償給付請求書裏面の診断書作成料	4,000 円

2.支払日 年 月 日

年 月 日

殿

医療機関名称

所在地

代表者氏名

証 明 書

あなたから下記のとおり領収済であるので証明します。

1.療養費内訳(いずれか○をする)

療養の費用	円
休業証明料	2,000 円
障害補償給付請求書裏面の診断書作成料	4,000 円

2.領収月日 年 月 日