Ī	,本	① 被保険者等	記号・番号	- ② 被保険者の		薬業 春	:子	③本請求書 事業主に	
İ		9999 —	1 2 3 4	氏名及び 生年月日	昭・	平 48 年	2 月 13 日	チェック	<b>✓</b>
		(請求者)	更番号 100 東京都千6	— 001 弋田区永田町	4	TEL 携帯	( 03 )	3581-1238	
	被	の現住所 ⑤事業所  滋労工労(株)							
	.,,	<ul><li>⑤事業所の名称</li><li>◎被扶養者(家族)が受けるものであるときは、その者の</li></ul>							
	保	⑦ 氏 名	薬業	•	⑦ 続柄	母     生年月	日 平成 35	年 9 )	1
	険	7		神経痛		 	令和 は 平成 5 年 3	月4日年前	時頃
	者	傷病名 ⑨ 1. 外傷性の傷病		等)ですか。			<sup>吋</sup> 【今和】 ≿原因は次のうちと	<u>午後</u> ごれにあたりる	
	が	発 ■いいえ (70	7 に回答して < のみ回答して <			□スポーツ	女 ・ □暴力(ケン ソ中(□職場の行事 にる負傷(飼い主	耳・□職場の行	
	記			れにあたりますか 日・有給休暇を含		□あては		⊔.н · ⊔ <i>ж</i>	·/
	入	□その他( た			)	れにあたりる			:のうちと
	す	□勤務時間中	· □通勤途	ちどれにあたりま 中(□出勤 • □			・ □加害者 ・ □		2 7. W C .
	る		□私用・□そ	`	) -a,	7. 負傷又は多	を病の原因を具体的 なった。	のに記入して、	ください
	ک	傷 4. けがをした場 □会社内 ・ □その他(	団道路上・		<i>γ</i> , γ,	慢性的な症	<b>痛みがあったが、急</b>	に痛みが強	くなった
	_ ح	因			,				
	ろ	<ul><li>⑩第三者の行為に</li><li>は い ・</li></ul>	よるものです:	か (11) 「はい」の場合、 (住所・氏名が不明					
		②療養の給付を受理由(当て			賞 還 払	いのたと	ひ 2. その他	1 (	
		<ul><li>③ 施 術 の</li><li>医 療 機</li></ul>		受 け た の 名 称		39,0	葉業クリニック		
		White   から     (当てはまるもの)	容力		/摩・マ	ッサージ	<ul><li>動施術にかかった</li><li>費 用</li></ul>		3,540
		(1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1)	間	令和 6年3	月6日カ	いら 令利		日 まで 2	日間
ļ		•							
	受 取	本請求に基づく総	合付金に関する 住所	る受領を代理人は	こ委任しま	きす。	令和 年	. 月 日	1
	代	被保険者 (請求者)	氏名						
	理一	() ()	フリガナ)				委任者と	:代理人との	関係
	人欄	代理人の氏名							
L	I MAI								
Ļ		<b>イナポータル等で事前</b> コ座情報の反映には数日							(ださい)
r	<b>※</b> 旁	受取代理人を指定する場	場合は、公金口座	Eを利用できません。			この書類の送付先に	_	<b>᠘</b> ₩ / 1 °
- 1	振 銀 込	行コード 0099	銀行•農	支店コード - <del>k</del> 協	099	 <u>本店</u>	〒100-0014		付日付日
	先	永田	ff 信金·信		赤坂見附	支店	東京都千代田区 永田町2-17-2	₹	
	指						N H H J L L /	I	

口座名義 薬業 春子 フリガナ ヤクギョウ

組合 給付課 宛

口座名義が被保険者名でないときは必ず受取代理人欄を記入してください。

日生有我从 以外的一	CAL COME TO SANTALY	HINGO C TICCY o
社会保険労務士の		
提出代行者名記載欄		