

見本

※裏面「必要添付書類」及び「注意事項」を必ずお読みになつてからご記入ください。 ※

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	① 被保険者証の記号・番号 9999 - 1234		② 被保険者の氏名及び生年月日 薬業 春子 昭・平 62 年 2 月 13 日		③ 本申請書の提出を事業主に依頼します チェック <input checked="" type="checkbox"/>		
	④ 被保険者の現住所 国内で連絡可能な住所、または事業所所在地をご記入ください。 本人住所 ・ 事業所住所 (送付先に○) TEL (03) 3581-1238 郵便番号 100 - 0014 携帯 () 東京都千代田区永田町2-17-2 方						
	⑤ 事業所の名称 薬業工業(株)				⑥ 療養を受けた国名 アメリカ		
	⑦ 被扶養者(家族)が受けるものである場合は、その者の						
	⑦ 氏名 薬業 松子		⑦ 続柄 長女	⑦ 生年月日 昭和 20 年 9 月 1 日 平成 令和			
	⑧ 傷病名 急性上気道炎			⑨ 発病または負傷の日時 平成 4 年 3 月 5 日 午前 2 時頃 令和 午後			
	⑩ 発病または負傷原因の場所等、詳細を具体的にご記入ください。 咳や痰、熱の症状が見られたため病院を受診した。						
	⑪ 第三者の行為によるものですか はい ・ いいえ		⑫ 「はい」の場合、第三者の住所、氏名(住所・氏名が不明である場合はその旨)				
	⑬ 診察又は手当を受けた医療機関等の名称・所在地						
	⑭ 治療又は手当の内容 診察・投薬		⑮ 診療区分 入院 外来	⑯ 診療又は手当にかかった費用 30,295 ドル			
⑰ 診療又は手当の期間 令和 4 年 3 月 5 日 から 令和 4 年 3 月 7 日 まで 3 日間							
⑱ 渡航理由 海外出張 ・ 海外赴任 ・ 旅行 ・ その他 ()							

受 取 代 理 人 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日	
	被保険者住所 (請求者) 氏名	
代理人の氏名	(フリガナ)	委任者と代理人との関係

振 込 先 指 定 口 座	銀行コード 0099 支店コード 099	永田町 銀行・農協 信金・信組 本店 赤坂見附 支店
	普通 ・ 当座	口座番号 9999998
	口座名義 薬業 花子	フリガナ ヤクギョウ ハナコ

この書類の送付先は
〒100-0014
東京都千代田区
永田町2-17-2
東京薬業健康保険
組合 給付課 宛

受付日付印

※口座名義が被保険者名でない場合は必ず受取代理人欄を記入してください。

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄

東京薬業健康保険組合