1	紀入上の注意
	ア、
に読み替えて記入して下さい。	診療を受けたのではなく、
	へ、診療を受けたのではなく、薬剤の支給だけを受けた場合と医師以外の者から手当を受けた場合は、その(3)()()()()()
(そり (予) (予) (10) (11)

伺	年月	日		年	月		日						
支給額	拾万	万	千	百	拾	円	資 <u>得</u>	<u>年</u> 年	<u>月</u> 月	田田	常	事	担
紹						-	前 始	任	B	日	務	務	当
пл		/T 157	三 4 /		71 A +1	/7:±s.				日曹	理 事	長	者
		年度	厚生1	呆険特別	引会計	健	=:	己人不要		買	7	IX.	
支支	種	目	請	求	查	定		じハハ女		2			
払絲	初	診											
決	再	診					型直 及于作	J					
議	往	診											
議書	投	薬					合 計						
	注	射	_				一部負担金	ì					

被保険者 家 族 健康保険 療養費支給申請書(その1) (第 回目) 三菱UFJニコス(株) (2)事業所の (記号) (1) 東京都文京区本郷3-33-5 被保険者証の 名称と所在地 (番号) 12345 所属・電話 (4)発病又は負 年 (3) 月 椎間板ヘルニア (負傷の場合は 時頃) 病 名 傷の年月日 (5) 発 病 又 は 不 詳 負傷の原因 (6) 被 傷病の経過 通院加療中 保 (7)診察を受けた 名 称 整形外科 所在地 県 市 町 病医院の 険 (8) 診療に従事し 住 所 県 氏 名 市 町 者 た医師の (9)が 診療の内容 コルセット装着 自 年 月 日 診療の期間 日間 診療に要し 金 円也 至 年 月 日 た費用の額 (12)療養の給付を受 装具装着のため けることができ なかった理由 る (13)(14)第三者の行為 あ る 第三者の行 その事実と届出の有無 ある・ない によって負傷 為によって したものであ ない 負傷したと 第三者の氏名と住所 不明のときはその旨) るか否か きは (15)申請が被扶養 生年 被保険者 3 者に関すると 氏 名 三菱 一郎 月 日 長男 月日 との続柄 きはその者の 上記のとおり申請いたします。 住所 町 市 年 月 日 (社員番号 12345 (印) 被保険者の 氏名 太郎

領収書の返却	希望する	3	希望しない	*どちらかに	印をしてください	

*在籍者の振込先は給与の第1口座になりますので記入は不要です。ただし、 給与口座が郵便局の場合は下記に郵便局以外の金融機関をご記入ください。

///H -			IN, C - HC				
給付	銀行						
金の 振込	預金の種別	普通・当座	号				
希望 銀行	フリガナ						
	預金の名義人						

,-----、 受付日付印[、]