					何牛月	<u> </u>	令和		牛		月	<u> </u>		
	常務理事				事務局				備考(病:	名コード)				
支給決議書														
	支給期間	自	令和		年		月	日						
		П	ተነ የተ		+		л							
議	期	至	令和		年		月	日						
書	间	4	וז ערו		+			Н						
	記号•番号				支給金額									
							,							

*この線より上は請求者において記入しないこと

記号・番号		_	事業所	の名称					;	社員番号						
傷病名						手当の										
発病又は負傷の年月日	3和 🗌 平	成一名	和日	手当てに要した費用の額							円					
発病又は負傷の原因																
診療又は手当てを受け 医療機関の名称・所在 医師の氏名	医療機関 所在地 医師のほ															
療養の給付又は家族療給付を受けることができ 理由																
傷病が第三者の行為にはその事実並びに第三所・氏名、不明なときは	状況 住所 氏名															
対象者の医療費助成例 の有無]有		無												
申請が被扶養者に関す きはその者の氏名・続 生年月日・年齢	氏 名 続 柄			生年月] 昭和		^Z 成		和	年						
		日 日 日 日 日 日 日 日 日 日												听]		
振込先指定口服 ※資格喪失者のみ		貯金 屋	普通ロ	座:号			(コ-		TOTAL	口座名義) ※カタカナ	で記	入			
			<u></u>	郵政 番号	1			0	郵政番号							1
上記のとおり請求いたします 帝人グループ健康保険組合理事長 殿													; .			
令和	月	日														
地伊沙土	T 住 所	_														
(請求者)	氏 名															
				TE	L		_			-	-					

- 1. 自費診療費を請求するときは、領収書(原本)と手当てに関する証拠書類(<u>医療機関よりの診療報酬明細書の写し**※開封厳禁**</u>)を必ず添付すること。
- 2. コルセット代を請求するとき、それを必要と認めた医師の意見書と領収書(原本)を添付すること。