

（注意事項）
 ．．．全血に及ぶ必要のコストを添付して等しく治療を受けるための領収書を添付して下さい。また、医師の証明書のほか

被保険者証の 記号・番号	記号 番号	被保険者が勤務する(していた)事業所の	名称 所在地	TEL ()
傷病名	発病又は負傷の 年月日		年 月 日	
発病又は 負傷の原因				
傷病の経過				
診療又は手当を 受けた医療機関 の名称・所在地 及び医師の氏名	名称	国名 (日本語で記入)		所在地及び 電話番号
	氏名	TEL ()		
診療又は 手当の内容	入院期間 (装具装着 日)		自 年 月 日 至 年 月 日	
診療又は手当 を受けた期間	自 年 月 日 至 年 月 日 (日間)	診療又は手当に 要した費用の額	金	通貨単位
渡航目的				
渡航期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
被扶養者に関 する申請のとき	氏名	生年月日	昭平令 年 月 日	被保険者 との続柄
上記の通り申請します。 年 月 日				
住所				
被保険者の TEL				
氏名 ㊟				
三菱鉛筆健康保険組合理事長殿				

（海外で療養を受けた申請の場合には、次の用紙の添付が必要です。）
 (2)(1)診療内容明細書(フォームA)および領収明細書(フォームB)。または、歯科診療内容明細書(フォームC)。
 (2)(2)社会保険内容明細書(フォームD)および領収明細書(フォームE)。

▼原則、給付金は事業主経由でお支払いしますので、委任状に被保険者の住所、氏名を記入してください。

委 任 状	私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。	
	年 月 日 請求した	被保険者 被扶養者	療養費のうち
	金.	円	也の受領に関すること。
	年 月 日	〒	住所: 被保険者の
		氏名: ㊟	
		〒	住所: 代理人の
		氏名: ㊟	

▼給付金支払いを事業主へ委任した場合は、「振込先」は記入不要です。

振込先	銀行	支店 (普通 当座)
-----	----	-----------------