

健康保険法上、被保険者への給付となります。
振込先は被保険者の口座を記入してください⇒⇒⇒
支給決定伺

振込先	銀行	口座名	普通	
	支店		当座	
口座番号				
口座名義				

※口座名義は、カタカナで記載して下さい。

支給額	常務理事	事務長	課長	担当
A+B 円				
A 円 × /10= 円				
B (円 × /10) - 25,000= 円				

被保険者
被扶養者 療養費支給申請書

被保険者証の記号と番号	記号 番号	事業所の名称 および所属		
被扶養者（家族）が受診した場合は記入	被扶養者の 氏名（家族）		被扶養者の 生年月日（家族）	昭・平・令 年 月 日（才）
	被保険者 との続柄		受診者が老齢および乳児医療等、 助成の有無を○で囲んで下さい。	うけている うけていない
傷病名		発病又は負傷 の年月日	年 月 日	
発病または負傷の原因				
負傷の経過及び診療の内容				
病（医）院の名称		担当医師の氏名		
病（医）院の住所				
療養費の支給申請理由 (□にチェック⇒☒)	<input type="checkbox"/> ①沖健保の保険証受領前に医療機関を受診したため <input type="checkbox"/> ②出張先や旅行先または緊急で受診し、保険証を持ってなかつたため <input type="checkbox"/> ③他の保険者（国保、他健保等）の保険証を使用して受診したため <input type="checkbox"/> ④治療用装具等を作成したため（コルセット、治療用眼鏡等の作成）			
申請内容	（上記①～③の申請） 診療を受けた日	自 年 月 日から 至 年 月 日まで	診療に要した 費用の額	金 円
	（上記④の申請） 治療用装具等を作成したとき	治療用装具等を装着した日（領収書の日付） 年 月 日（入院中・通院中）	治療用装具等 の費用の額	金 円
第三者行為による傷病ですか	<input type="checkbox"/> はい⇒「第三者の行為による傷害届」を提出 <input type="checkbox"/> いいえ		業務上又は通勤途上 での傷病ですか	<input type="checkbox"/> はい⇒申請できません。 <input type="checkbox"/> いいえ
上記のとおり書類一式をそろえて請求いたします。				
令和 年 月 日				
被保険者 住 所 氏 名				
沖電気工業健康保険組合理事長 殿				