

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 当座 その他
	支店		
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ったため <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 日	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				