

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	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				

邦貨換算レート	支給決定日	月 日	T T S	= ¥
---------	-------	-----	-------	-----

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)		扶養者の 生年月日 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			
診療を受けた日	自 年 月 日 至 年 月 日	から まで	日
療養費の 支給申請理由 (□にチェック)	□ 海外出向(帯同家族含む) □ 海外出張 □ その他	診療に要した費用 (現地保険を利用した時は 別紙用紙に内訳を記入し、 この欄にも分けて記入)	
第三者行為による 傷病ですか	□はい⇒「第三者の行為による 傷害届」を提出 □いいえ	業務上又は通勤途上 での傷病ですか	□はい⇒申請できません。 □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