

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				

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 日から 至 年 月 日まで	日	
療養費の 支給申請理由 (□ にチェック)	<input type="checkbox"/> 海外出向（帯同家族含む） <input type="checkbox"/> 海外出張 <input type="checkbox"/> 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	<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			