|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |

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

 **※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⇒[x] ） | [ ]  ①沖健保の保険証受領前に医療機関を受診したため[ ]  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[ ]  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[ ]  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） | 治療用装具等の費用の額 | 金　　　　　円 |
| 年 　　月 　　日（入院中・通院中） |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所被保険者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　沖電気工業健康保険組合理事長 殿 |

改　A1002\_令和5年７月