|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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⇒） | | | 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