|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 銀行 | | 口座名 |  |
| 支店 | |
| 口座番号 | |  |
| 口座名義 | |  | | |

振込先

普通

当座

その他

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 |

邦貨換算レート

支給決定日

　　 月　　 日

ＴＴＳ

＝￥

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） | □ 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  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所  被保険者  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名  　　沖電気工業健康保険組合理事長 殿 | | | | | | | | |

abrosd01\_0507（海外給付用）