|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 　　　　　　　　　　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）