

支払年月日	令和	年	月	日	理事長	常務理事	事務長	担当
支給金額								
支給内訳	法定	・	・					
	付加	・	・					

健康保険 療養費支給申請書

記号/番号	〇〇〇	事業所	名称	(株)パイロットコーポレーション本社				
	〇〇〇〇		所在地	東京都中央区京橋2-6-21				
傷病名	風邪		発病または負傷の年月日	令和	〇年	〇〇月	〇〇日	
発病または負傷の原因	不詳							
傷病の経過	頭痛、腹痛があり、病院に行った							
診療を受けた病医院の	名称	〇〇〇〇hospital		所在地	1000 ABC, Lindbergh Boulevard St. Louis, MO 63131, USA			
診療に従事した医師の	氏名	〇〇 〇〇		住所	同上			
診療の期間	令和	〇年	〇〇月	〇〇日	〇日間	診療に要した費用	〇〇〇〇円	
	令和	〇年	〇〇月	〇〇日				
第三者の行為によって負傷したか否か	ある	第三者の行為によって負傷したときは	その事実の届出の有無			有・無		
	ない		第三者の氏名・住所					
被扶養者に関する申請の時は	氏名		生年月日	年	月	日	続柄	
振込先	〇〇 銀行・信用金庫		普通・当座	No. 〇〇〇〇〇〇〇〇				
			フリガナ	ケンポ タロウ				
	〇〇 支店		口座名義	健保 太郎				

上記のとおり申請致します。

令和 〇年 〇〇月 〇〇日

住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1
被保険者
氏名 健保 太郎