

支払年月日	平成	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	事業所		名称	(株)パイロットコ - ポレ - ション本社				
			所在地	東京都中央区京橋2-6-21				
傷病名				発病または負傷の年月日	平成	年	月	日
発病または負傷の原因								
傷病の経過								
診療を受けた病医院の	名称				所在地			
診療に従事した医師の	氏名				住所			
診療の期間	平成	年	月	日	日間	診療に要した費用	円	
	平成	年	月	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	銀行・信用金庫			普通・当座				
				フリガナ				
				支店	口座名義			
上記のとおり申請致します。								
平成 年 月 日								
住所								
被保険者 _____								
氏名 _____ 印								