

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	000	事業所	名称	(株)パイロットコ - ポレ - ション本社			
	0000		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	平成	年	月	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	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			住所	同上		
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	第三者の氏名・住所		続柄		
振込先	銀行・信用金庫		普通・当座	0000000			
			フリガナ	ケンボ タロウ			
	支店		口座名義	健保 太郎			

上記のとおり申請致します。

平成 年 月 日

住所 県 市 町1 - 1

被保険者

氏名 健保 太郎

