

【この用紙は被保険者が記入してください。】

※印欄は記入しないでください。

※支給決議書	法定給付					円	常務理事	事務長	会計	担当	被扶養者台帳照合印
	付加給付										
	合計										
支給期間	年 月 日 ~ 年 月 日 日間						資格	得喪	年 月 日		
備考							合計	円			
							一部負担	円			

被保険者 家族 海外療養費支給申請書

◎必ず、医師に記入してもらった「診療内容明細書」、領収書を添付してください。外国語の部分は「翻訳文」を添付してください。

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・番号	記号		番号		事業所名称			
	社員番号								
	被保険者の氏名				生年月日	昭和 平成	年 月 日		
	被保険者の住所	〒 - 電話番号 ( )							
	療養が被扶養者に関するときはその者の	氏名				生年月日	昭和 平成	年 月 日	続柄
	傷病名				発病又は負傷年月日	令和	年 月 日		
	発病又は負傷の原因を詳しく							第三者行為によるものですか?	
								はい ・ いいえ	
	診療を受けた医療機関	名称							
		所在地							
	診療又は手当の内容							診療に要した費用の額	
	診療の期間	自 令和 年 月 日			入院の場合 入院期間	自 令和 年 月 日			
	至 令和 年 月 日			至 令和 年 月 日					
* 振込希望の銀行名 (日本国内の銀行に限る)	銀行(銀行コード)		口座番号(普・当)						
	店(店コード)		口座名義(カタカナで記入)						

\*被保険者の口座を記入してください。給付金の受領を他の人に依頼するときは、その方の口座を記入し、下の欄に必要事項を記入してください。被保険者欄は被保険者自身が記入、代理人欄は代理人自身が記入してください。

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日						
	被保険者 住所	〒 -					
	氏名						
	代理人 住所	〒 -					
	氏名						

受付日付印