

被保険者 被扶養者 海外療養費支給申請書

被保険者証の記号・番号		事業所の名称			
被保険者氏名		被保険者生年月日	昭和 平成	年 月 日	
申請者が被扶養者に関するとき	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	続柄
傷病名		発病または負傷年月日	平成 令和	年 月 日	
発病の原因および経過(詳しく)	<input type="checkbox"/> 病気原因および経過 <input type="checkbox"/> ケガ ⇒負傷原因届を併せてご提出ください。				
診療又は手当を受けた医師の住所・氏名(国名)	医療機関の所在地	医療機関名称	診療した医師等の氏名		
	医療機関の所在地	医療機関名称	診療した医師等の氏名		
診療を受けた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日	左記の期間に入院していた場合は、その期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日	日数 日	
	日数 日		日数 日	日数 日	
療養に要した費用	病院等に支払をした金額 () 通貨単位を記入してください。(例：アメリカドル)				
療養の内容					
受診者の情報	受診者の海外渡航期間(令和 年 月 日～令和 年 月 日) 受診者は、現在、日本に帰国予定はありますか？または帰国されましたか？ <input type="checkbox"/> はい ⇒渡航目的、海外滞在の理由 <input type="checkbox"/> いいえ ⇒海外在住の理由				
払渡し希望銀行の口座(日本にある口座)	金融機関名	支店名(店番)	口座番号	口座名義人氏名	
	銀行 信用金庫 信用農協	本店 支店 出張所	普通・当座	フリガナ 氏名	

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒 -

被保険者住所 _____

被保険者氏名 _____ ㊟

連絡先 TEL () _____

〈注〉医師の証明(入院・入院外ごとにすべて原本が必要です)
 歯科 …「領収明細書(歯科)」と支払した「領収書」を添付してください。
 歯科以外…「診療内容明細書」と「領収明細書」と支払をした「領収書」を添付してください。

常務理事	事務長	副事務長	係	係	受付印