

課長	担当

海外療養費支給申請書
家族療養費

被保険者証の 記号 番号		事業所名		被保険者名	
8 1234		大王製紙健康保険組合		健保 太郎	
申請者が被扶養者の ときはその者の氏名		被扶養者の 生年月日		続柄 本人	
傷病名		虫歯		発病又は負傷の 年月日 平成 令和 元年 10 月 1 日	
発病又は 負傷の原因		虫歯を放置していたため			
傷病の経過		治療中			
診療又は手当を受け た医師・歯科医師そ の他の者の住所氏名		名称 American Ophthalmology 所在地 1234 apple street #345 Seattle WA 6789			
診療・手当の期間		自 平・令 元年 10 月 1 日 至 平・令 元年 10 月 28 日 (3 日間)			1. 入院 2. 通院
診療又は手当に要した額		5,600 円		支給決定額 円	
傷病が第三者の行為に よるものであるときは その事実並びに 第三者の住所氏名					
(振込先金融機関名) ふりがな	支店名 ふりがな	普通・当座	(口座番号)	(口座名義) ふりがな	
伊予 銀行 金庫 農協	三島 支店	普通	1234567	ケンボ 太郎 健保	
上記により請求いたします。 〒 799-0403 被保険者住所 愛媛県四国中央市三島朝日12-34 電話 (0896) 12 - 3456 氏名 健保 太郎 印					
(委任の場合) を代理人として上記金額の受取方を委任します。					
申請が被扶養者に関するときは 事業主の証明を右欄に証明の事		事業主の住所、氏名及び印 ← 会社が証明 申請者が本人の場合は不			

※1 該当欄は全部記入すること。

※2 この申請をする場合は必ず医師の領収書(原本)と診療内容明細書(原本)を添付すること