

大王製紙健康保険組合 殿

課長	担当

海外療養費支給申請書

被保険者証の 記号 番号		事業所名		被保険者名	
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	
傷病名		発病又は負傷の 年月日		平成 年 月 日 令和	
発病又は 負傷の原因					
傷病の経過					
診療又は手当を受け た医師・歯科医師そ 他の者の住所氏名		名称		所在地	
診療・手当の期間		自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日 (日間)		1.入院 2.通院	
診療又は手当に要した額		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) ふりがな	
銀行 金庫 農協		支店		(口座名義) ふりがな	
上記により請求いたします。					
〒 被保険者 住所 電話 () - 氏名 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			

※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