

被保険者・家族 海外療養費支給申請書

◎この請求書に記載されている個人情報  
 ◎診療内容明細書・領収明細書（日本語翻訳文つき）  
 ◎渡航期間がわかるパスポート（写）を添付してください。  
 ◎調査に係る同意書・現地で支払った領収書・  
 ◎第三者には提供いたしません。

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者証	記号	事業所名（または勤務していた事業所名）			
		番号				
	被保険者 （申請者） 氏名	フリガナ 氏	名			印 ※
	被保険者（申請者） 現住所	〒	自宅電話 携帯電話			
	傷病名	発病・負傷の年月日		平成 年 月 日		
	発病又は負傷の原因 およびその経過	渡航期間		平成 年 月 日～平成 年 月 日		
		渡航目的・ 海外滞在の 理由				
	診療（治療） 内容					
	診療を受けた 医療機関等の	所在地 （国名から）				
		名称	医師名			
診療に要した費用	円					
診療期間は平成 年 月 日～平成 年 月 日まで						
診療期間のうち入院期間は平成 年 月 日～平成 年 月 日まで						
療養が家族に関する請求である時はその者の	フリガナ 氏	名	生年月日	昭和・平成 年 月 日生		

※の印欄は同一印をご使用ください。

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。				
	被保険者（申請者）氏名				印 ※
	代理人 住所 氏名				印

★ 代理人に受領委任する場合、「支払金融機関欄」は代理人名義の口座を記入し  
 それ以外は被保険者名義の口座を記入して下さい。

支 払 金 融 機 関 欄	金融機関コード				支店番号					
		銀行 金庫				本店 支店				
	口座番号	普通・当座								
口座名義 （カタカナ）										

★捻挫・骨折等外傷性傷病は、「負傷原因届」を添付してください。

全日本理美容健康保険組合