

被保険者・家族 海外療養費支給申請書

※申請書は黒のボールペン（消えないペン）でご記入ください。

◎この請求書に記載されている個人情報（写）を添付してください。
 ◎診療内容明細書・領収明細書（日本語翻訳文つき）・調査に係る同意書・現地で支払った領収書・渡航期間がわかるパスポート（写）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	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	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生				
	対象者 ※被扶養者の 申請の場合	フリガナ	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生				
	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	令和 年 月 日				
	発病又は負傷の原因 およびその経過		渡航期間	令和 年 月 日～令和 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	令和 年 月 日～令和 年 月 日まで							
診療期間のうち入院期間は	令和 年 月 日～令和 年 月 日まで							

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					
	住所 代理人の 氏名					

★ 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、負傷原因を詳細にご記入ください。

受付日付印