

被保険者
被扶養者

海外療養費支給申請書

(第

回目)

(注意事項)
輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「領収書」を添付して下さい。
これに要した費用の「領収書」を添付して下さい。

(注) この申請書には診療内容明細書を添付して下さい。

被保険者証の 記号・番号	第 号	被保険者が勤務 する(していた) 事業所の	名称 所在地	電話 局 番
傷病名	発病又は負傷の年月日		年 月 日	
発病又は 負傷の原因				
傷病の経過				
診察又は手当を 受けた医療機関 の名称・所在地 及び医師の氏名	名称	所在地 及び 電話番号		
	氏名			
診療又は 手当の内容	入院期間		自 年 月 日	至 年 月 日
	コルセット装着日		年 月 日	
診療又は手当 を受けた期間	自 年 月 日	日間	診療又は手当に 要した費用の額	金 円也
療養又は手当が 被保険者の選定に 係る特別の病室の 提供、その他厚生 大臣が定める療養を 含むときはその旨				
療養の給付又は 特定療養費もしくは 家族療養費の支給 を受けることが できなかった理由				
第三者の行為に よる負傷であるとき	その事実と 届出の有無	加害者の氏名		
		加害者の住所		
被扶養者に関する 申請のとき	氏名	生年月日	昭 平 令 年 月 日	被保険 者との 続柄
振込希望の銀行	銀行 支店 (普通 第 号)			
上記のとおり申請します。 年 月 日 住所 被保険者の 氏名 三越伊勢丹健康保険組合理事長 殿				

委任状	私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。		
	年 月 日	請求した	被保険者 被扶養者	療養費のうち
金	円也の受領に関すること。	年 月 日		
	被保険者の	住所 氏名		
	代理人の	住所 氏名		
振込希望の銀行	銀行 支店 (普通 第 号)			