

被保険者

被扶養者

海外療養費支給申請書

(第 〇 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、「医師の証明書」のほか、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。

領収書も添付して下さい。

被保険者証の 記号・番号	〇〇〇〇 第〇〇〇〇〇号	被保険者が勤務 する(していた) 事業所の	名称 株式会社 〇〇〇〇	電話	〇〇〇〇局 〇〇〇〇番		
傷病名	歯科(う蝕症)		所在地	東京都新宿区新宿 0-00-0			
発病又は 負傷の原因	虫歯						
傷病の経過	治療により良好						
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 MR WY LOO.DENTAL SURGEONS	所在地 及び 電話番号	55 WORPLE ROAD, WIMBLEDON LONDON SW194 LA 44-181-993-6176				
診療又は 手当の内容	氏名 Dr. James Russell	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	〇〇年 〇〇月 〇〇日	〇〇日間	診療又は手当に 要した費用の額	金	£ 360.00 円也	
	至	〇〇年 〇〇月 〇〇日					
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	海外勤務の為						
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	健保 次郎	生年 月日	昭 平 令	〇〇年 △△月 〇〇日	被保険 者との 続柄	長男
振込希望の銀行	銀行	支店	(普通 当座	第	号)		
上記のとおり申請します。 〇〇年 〇〇月 〇〇日 住所 10 THE RIDGEWAY ACTION LONDON W3 8LL U.K. 被保険者の氏名 健保 太郎 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事。					
	年 月 日	被保険者の	住所	10 THE RIDGEWAY ACTION LONDON W3 8LL U.K.			
	代理人の	住所	東京都新宿区新宿 0-00-0				
		氏名	株式会社 〇〇〇〇 人事部長 〇〇 〇〇				
振込希望の銀行	銀行	支店	(普通 当座	第	号)		