

健康保険 被保険者 療養費・療養附加金 支給申請書
 家族 療養費 (海外療養費)

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の記号-番号		被保険者(申請者)の氏名・印		生年月日	
	—		ワカナ ⑩		1.昭和 年 月 日 2.平成	
	住所				連絡先 ※日中連絡の取れる番号	
	〒 —					
	事業所	名称		所在地		
		〒 —				
	受診者	1. 被保険者 (本人)		被扶養者(家族)の場合はその方の氏名		生年月日
		2. 被扶養者 (家族)				1. 昭和 年 月 日 2. 平成
	傷病名				発病または 負傷年月日	平成 年 月 日
	発病の原因および 経過(詳しく)	1. 病気	病気の場合は、下記に【原因および経過】をお書きください			
		2. ケガ	ケガの場合は、別紙「負傷の原因について」を記入のうえ、併せてご提出ください 第三者行為によるものですか 1. はい 2. いいえ			
	診療を受けた 医療機関等の 国名 { }	名称		所在地		診療した医師等の氏名
	診療を受けた期間	入院・外来・調剤	平成 年 月 日 ~ 年 月 日		日数	日間
	療養に要した 費用の額	() ※ ()内には通貨単位を記入してください。(例:アメリカドル)				
診療の内容						
受診者の情報	受診者は、現在、帰国されていますか 1. はい 2. いいえ → 日本に帰国予定はありますか 平成 年 月頃 海外滞在の理由					
	↓ ・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 { }					

※添付書類については、HPをご覧ください。当組合までお問い合わせください。	※使用組合
---------------------------------------	-------

支払機関の欄	振込先 金融機関名	銀行 金庫	本店 支店	ワカナ
	預金種別 口座番号	1. 普通 2. 当座 No.		口座名義 (請求者名義のみ)

受取代理人の欄	私はこの給付金の受領を下記代理人に委任します。			平成 年 月 日
	申請者	住所	⑩	受付印
		氏名		
	代理人	住所	⑩	
	氏名			