

被 保 険 者
被 扶 養 者

海 外 療 養 費 支 給 申 請 書

Insurance Card Code/Number 記号と番号 〇〇〇		番号 〇〇〇〇		Employed company 事業 名 称 〇〇〇, Inc.	
Country of travel 航 国 名 USA		Purpose of travel 渡 航 目 的 Sightseeing			
Travel period 渡 航 期 間 From 令和 元 年 5 月 10 日 から 令和 元 年 5 月 21 日 まで					
Name of injury 名 Acute gastritis		Date injury or illness first occurred の 令和 元 年 5 月 12 日			
Cause of disease or injury 1.Traffic accident (third party act / self-damage) 2.Third party act 3.Others (fill in details)		交通事故（第三者行為・自損） 2. 第三者行為 3. その他（下記に詳細を記入してください） 詳細 Cause details The cause is unknown			
Course of illness / injury symptom Abdominal pain and vomiting were severe, but the symptoms were settled by medication					
Contents of medical treatment Inspection, infusion, medication		Total medical cost 総診療費 100		通貨単位 (\$)	
Treatment period (benefit period) 間 From 令和 元 年 5 月 12 日から To 令和 年 月 日まで		In case of hospitalization: Period of hospitalization 入院の場合 入院期間 From 1 日間 To 年 月 日から 日間			
第三者の行為によって負傷したものであるかどうか ある ・ ない		Was it caused by the actions of a third party? / No その事実の届出の有無 あり ・ ない (不明のときはその旨)			
If the target person is a dependent, fill in the name(氏名), date of birth(生年月日), and relationship(続柄).		名 生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日 被保険者との続柄			
Application date 和 元 年 6 月 1 日		Address 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇-〇-〇, Tamagawa, Setagaya-ku, Tokyo			
Insured person name(Self-signed) James Smith		Branch name 本店: head office 支店: Branch office			
Bank name 〇〇〇〇		銀行 金庫		本店 支店	
金融機関コード()		店番号 ()		Account Number 〇〇〇〇	
Account Type 普通 当座		フリガナ 口座名義 James Smith ※被保険者名義			
健保記入欄		支給額 法定給付 付加給付 合計		円 備考	