

被 保 險 者 海 外 療 養 費 支 給 申 請 書
被 扶 養 者

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号と番号	記号 〇〇〇	番号 〇〇〇〇	事業所 名称	ABC Corporation 〇〇〇 Department	
	渡航国名	USA		渡航目的	Sightseeing	Purpose of travel
	渡航期間	令和 元 年 5 月 10 日 から 令和 元 年 5 月 21 日 まで				
	傷 病 名	Acute gastritis		Name of injury	発病又は負傷の 年 月 日	令和 元 年 5 月 12 日
	発病又は 負傷の原因	1. 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 （詳細） Cause of disease or injury The cause is unknown				Date injury or illness first occurred
	傷病の経過	Abdominal pain and vomiting were severe, the symptoms were settled by medication but				
	診療の内容	Inspection, infusion, medication		総診療費	100	通貨単位 (\$)
	診療の期間	令和 元 年 5 月 12 日 から 令和 年 月 日まで		1 日間	入院の場合 入院期間 令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで	
	第三者の行為に よって負傷したも のであるか否か	ある ・ なし		その事実の届出の有無 あり ・ ない Was it caused by the actions of a third party? / No (不明のときはその旨)		
	申請が被扶養者に 関するときはその 者の	氏 名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者 との続柄

上記のとおり申請いたします。 令和 元 年 6 月 1 日

住所 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇
〇-〇-〇, Tamagawa, Setagaya-ku, Tokyo

被保険者 (申請者) 電話 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 氏名 James Smith

⑨Signature or Seal

支 払 金 融 機 関	〇〇〇〇	銀行 金庫	〇〇〇〇	本店 支店
	金融機関コード()	店番号 ()		
	預金 種別	普通・当座	口座番号	〇〇〇〇
	フリガナ			
	口座名義 ※被保険者名義	James Smith		

Pay to Account (In the name of the insured person)

健 保 記 入 欄	法定給付	円	備 考
	支給額 付加給付	円	
	合計	円	