

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	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所 名 称							
	渡航国名			渡航目的							
	渡航期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日	まで
	傷 病 名					発病又は負傷の 年 月 日	令和	年	月	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てください） (詳細)									
	傷病の経過										
	診療の内容					総診療費	通貨単位 ()				
	診療の期間	令和	年	月	日から	日間	入院の場合		入院期間		
	第三者の行為に よって負傷したも のであるか否か	ある ・ ない		その事実の届出の有無		ある ・ ない					
	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 年 月 日											
〒											
住所											
被保険者 (申請者) 自署											
電話											
氏名											

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

受付日付印

健 保 記 入 欄	支 給 額	法定給付	円	備 考
		付加給付	円	
		合計	円	