

被 保 險 者
被 扶 養 者

海 外 療 養 費 支 給 申 請 書

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	株式会社〇〇〇〇 所属 〇〇部		
	渡航国名	〇〇〇		渡航目的	観光		
	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	急性胃炎			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てください） (詳細) 原因は不明					
	傷病の経過	腹痛および嘔吐がひどかったが、薬で症状が落ち着いた。					
	診療の内容	検査を実施、点滴と投薬を受けた		総診療費	〇,〇〇〇	通貨単位 (〇〇)	
	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

上記のとおり申請いたします。 令和 元 年 6 月 1 日

被保険者 (申請者) 自署 住所 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇
東京都〇〇区〇〇町1-1-1
電話 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇
氏名 健保 太郎

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	ケンボ 太郎		
	口座名義 ※被保険者名義	健保 太郎		

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	