|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付年月日 | | | 年 月 日 |
| 伺年月日 | | | 年 月 日 |
| 決裁年月日 | | 年 月 日 | |  | 支 給 支 払 決 議 書 | | | | |
| 支給額 | | 円 | | 常務理事 | 事務長 | |  | 担当者 |
|  |  | |  |  |
|  | |
| 支給期間 | 自 年 月 日  至 年 月 日  日間 | | |  | 資格取得 | | 年 月 日 | | |
| 資格喪失 | | 年 月 日 | | |
| 支払年月日 | | 年 月 日 | | |

被保険者・被扶養者 海 外 療 養 費 支 給 申 請 書

（第 回目）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証の  記号・番号 | 記号 | | 事業所の名称と所在地 | | 名 称 | | | |  | | | | |
| 番号 | | 所在地 | | | |  | | | | |
| 被保険者  氏名 |  | | | 被扶養者に関する申請のときはその者の氏名・生年月日 | | | | | 昭・平・令 　　年 　　月 　　日 | | | | 続　柄 |
|  |
| 傷病名 |  | | | | | | | | 発病又は負傷の年月日 | | | 年　　月　　日 | |
| 発病又は  負傷の原因 |  | | | | | | | | | | | | |
| 傷病の経過 |  | | | | | | | | | | | | |
| 診療又は手当  を受けた  医療機関の  名称・所在地及  び医師の氏名  ※わかる範囲で | 名称 | | | | | 所在地及び電話番号 | | | | 国名： | | | |
| 氏名 | | | | |
| 診療又は  手当の内容 |  | | | | | | | 診療又は手当に要した費用の額 | | | | （通貨：　　　　　　） | |
| 診療又は手当を受けた期間 | 自 　　 　　年 　　月 　　日　　　　　　　　左の期間のうち入院期間  自 　　　　年 　　月 　　日  至 　　 　　年 　　月 　　日　　日間　　　　 至 　　　　年 　　月 　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 療養の給付を  受けることができなかった理由 |  | | | | | | | | | | | | |
| 第三者の行為  による負傷で  あるか否か | ある　・　ない | | | | | | 第三者行為の場合  届出の有無 | | | | ある　・　ない | | |
| 振込希望の  銀行  **（日本国内の口座）** | 金融機関名 | 銀 行  　　　　金 庫  農 協　　　　　　　　　　　　　　支店  （　　　） | | | | | | | | | | | |
| 口座番号 | （ 普通 ・ 当座 ）　　　第　　　　　　　　　　　号 | | | | | | | | | | | |
| 口座名義  （ﾌﾘｶﾞﾅ） |  | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり申請します。  　　　　　年 　　月 　　日　　　　　〒  被保険者の 住所  氏名  渡辺パイプ健康保険組合理事長 殿　　　　TEL | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付年月日 | | | 年 月 日 |
| 伺年月日 | | | 年 月 日 |
| 決裁年月日 | | 年 月 日 | |  | 支 給 支 払 決 議 書 | | | | |
| 支給額 | | 円 | | 常務理事 | 事務長 | |  | 担当者 |
|  |  | |  |  |
|  | |
| 支給期間 | 自 年 月 日  至 年 月 日  日間 | | |  | 資格取得 | | 年 月 日 | | |
| 資格喪失 | | 年 月 日 | | |
| 支払年月日 | | 年 月 日 | | |

**記 入 例**

被保険者・被扶養者 海 外 療 養 費 支 給 申 請 書

（第 回目）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証の  記号・番号 | 記号　1000 | | 事業所の名称と所在地 | | 名 称 | | | | 渡辺パイプ株式会社（新宿SC） | | | | |
| 番号　00000 | | 所在地 | | | | 新宿区西落合1-20-17 | | | | |
| 被保険者  氏名 | 健保　太郎 | | | 被扶養者に関する申請のときはその者の氏名・生年月日 | | | | | 健保　花子  昭・平・令 ５０年 １０月 １０日 | | | | 続　柄 |
| 妻 |
| 傷病名 | 右足関節骨折 | | | | | | | | 発病又は負傷の年月日 | | | 令和１　年　７月　１日 | |
| 発病又は  負傷の原因 | 階段から転倒 | | | | | | | | | | | | |
| 傷病の経過 | 帰国後も治療継続中 | | | | | | | | | | | | |
| 診療又は手当  を受けた  医療機関の  名称・所在地及  び医師の氏名  ※わかる範囲で | 名称　＊＊＊＊＊＊＊＊ | | | | | 所在地 | | | | 国名：アメリカ  ＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊  ＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊ | | | |
| 氏名　＊＊＊＊＊＊＊＊ | | | | |
| 診療又は  手当の内容 | 処置、湿布薬を処方 | | | | | | | 診療又は手当に要した費用 | | | 1５0＄  （通貨：アメリカドル） | | |
| 診療又は手当を受けた期間 | 自 令和 　１年 　７月 　１日　　　　　　　　左の期間のうち入院期間  自 平成 　　年 　　月 　　日  至 　　 　　年 　　月 　　日　１日間　　　　 至 平成 　　年 　　月 　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 療養の給付を  受けることができなかった理由 | 海外旅行のため | | | | | | | | | | | | |
| 第三者の行為  による負傷で  あるか否か | ある　・　ない | | | | | | 第三者行為の場合  届出の有無 | | | | ある　・　ない | | |
| 振込希望の  銀行  **（日本国内の口座）** | 金融機関名 | 銀 行  三井住友　　　　金 庫　　　　本店  農 協　　　　　　　　　　　　　　支店  （　　　） | | | | | | | | | | | |
| 口座番号 | （ 普通 ・ 当座 ）　　　第　　１１１１１１１　　　号 | | | | | | | | | | | |
| 口座名義  （ﾌﾘｶﾞﾅ） | ケンポ　タロウ | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり申請します。  令和１年 　７月 ２０日　　　　　〒130-0000  被保険者の 住所　東京都〇〇区△△１－１－３  氏名　健保　太郎  渡辺パイプ健康保険組合理事長 殿　　　　TEL　０３－００００－×××× | | | | | | | | | | | | | |