

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 額	円

支 給 期 間	自 年 月 日
	至 年 月 日
	日間

支 給 支 払 決 議 書			
常務理事	事 務 長		担 当 者
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 至 年 月 日 日間		左の期間のうち入院期間 自 年 月 日 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 行 銀 (日本国内の口座)	金融機関名	銀 行 庫 農 協 () 支店			
	口座番号	(普通 ・ 当座) 第 号			
	口座名義 (フリガナ)				
上記のとおり申請します。 年 月 日 千 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 額	円

支 給 期 間	自	年 月 日
	至	年 月 日
	日間	

記入例

支 給 支 払 決 議 書			
常務理事	事務長		担 当 者
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 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 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	続 柄 妻
傷 病 名	右足関節骨折			発病又は負傷の年月日	昭・平・令 50年 10月 10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 至 年 月 日 1日間			左の期間のうち入院期間 自 平成 年 月 日 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 行 (日本国内の口座)	金融機関名	三井住友		銀行 金庫協 農協	本店 支店
	口座番号	(普通 ・ 当座)		第 1111111 号	
	口座名義 (フリガナ)	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-XXXX					