

支給決定決議書							
決裁日付印	伺年月日	年 月 日	常務理事	事務長	会計	担当者	台帳照合
	支払年月日	年 月 日					
	支給額	円					
備考			資格	得	年 月 日		
				喪	年 月 日		
			支給	自	年 月 日		
				至	年 月 日		
					日間		



被保険者
被扶養者

海外療養費支給申請書

(第 回目)

(注意事項)
輸血及びコルセット等治療用器具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほか、これに要した費用の「領収書」を添付してください。

被保険者証の 記号・番号	第 _____ 号	被保険者が勤務する(して いた)事業所の	名称 所在地	電話
傷病名			発病又は負傷の 年月日	(和暦) 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	名称 氏名	所在地及 び電話番号		
診療又は手当の内容	入院期間 自 _____ 年 月 日 至 _____ 年 月 日		コルセット装着日 _____ 年 月 日	
診療又は手当を受けた 年月日	自(和暦) _____ 年 月 日 至(和暦) _____ 年 月 日	日間	診療又は手当に要した 費用の額(現地通貨で 記載)	\$ _____
診療又は手当が被保険 者の選定に係る特別の 病室の提供、その他厚生 大臣が定める療養を 含むときはその旨				
療養の給付又は特定療 養費もしくは家族療養 費の支給を受けること のできなかつた理由				
第三者の行為による負 傷であるとき	その事実と 届出の有 無	加害者の氏名		
		加害者の住所	〒 _____	
被扶養者に関する申請 のとき	氏名	生年 月日	年 月 日	被保険者との 続柄
振込希望の銀行	銀行	支店 (普通・当座 第 _____ 号)	口座名義(カタカナ)	
上記のとおり申請します。 (和暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日 被保険者の 住所 〒 _____ 氏名 _____ (印) SMBCコンシューマーファイナンス健康保険組合 理事長 殿 電話 _____				

委任状	私は、 _____ を代理人と定め、本請求に基づく給付金に関する受領を 受領代理人に委任します。 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 被保険者の 住所 〒 _____ 氏名 _____ (印)
	代理人の 住所 〒 _____ 氏名 _____ (印)
	振込希望の銀行 _____ 銀行 _____ 支店 (普通・当座 第 _____ 号)

備考 被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。
被保険者のマイナンバー記載欄

金	円也但し
うえの金額を領収いたしました。	
令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
SMBCコンシューマーファイナンス健康保険組合 理事長 殿	
受領者	住所 〒 _____ 氏名 _____ (印)

受付日付印