

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



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 700 号	被保険者が勤務する(して いた)事業所の	名称	〇〇〇株式会社	電話	00-000-0000	
	7000		所在地	東京都渋谷区神南1-1			
傷病名	う蝕			発病又は負傷の 年月日	(和暦) × × 〇〇 年 〇 月 〇 日		
発病又は 負傷の原因	不明						
傷病の経過	虫歯						
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	St.Francis Hospital		所在地及び 電話番号	123 4th Ave. New York NY 10000. USA		
	氏名	Dr.〇〇〇 〇〇〇〇〇					
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) 〇〇 年 4 月 1 4 日	3 日間	診療又は手当に要した 費用の額(現地通貨で 記載)	\$ 〇〇.〇〇〇			
	至 (和暦) 〇〇 年 4 月 1 6 日						
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	海外旅行中だったため						
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	マルバツ 銀行 渋谷 支店 (普通・当座 第 1234567 号)			口座名義(カタカナ) ケンコウ タロウ			
上記のとおり申請します。							
(和暦) × × 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	被保険者の 住所	〒150-0041 東京都渋谷区神南1-1		健康 太郎 (健康)			
	氏名	健康 太郎					
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	03 (5786 局) 0000 番					

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)

