

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
		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

(第〇回目)

(注
意
事
項
)
輸血
及び
コルセット等治療用
装具に関する申請のときは、
これに要した費用の
「領收書」を添付して
ください。
医師の証明書」のほか

被保険者等の 記号・番号	700 第 7000 号	被保険者が勤務する(して いた)事業所の 所在地	名 称 所在地	〇〇〇株式会社 電話 03-3287-0556 〒150-0000 東京都渋谷区神南1-1	
傷病名	風邪		発病又は負傷の 年月日	(和暦) × × ○〇年 4月14日	
発病又は 負傷の原因	不明				
傷病の経過	頭痛と嘔吐があり、病院にかかった。				
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	St Francis Hospital Dr.〇〇〇〇〇〇〇〇〇	所在地及 び電話番 号	123 4th Ave. New York NY 10000. USA	
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 期間	自 (和暦) ● ● 年 4月 14日 至 (和暦) ● ● 年 4月 21日	3日間	診療又は手当に要し た費用(現地通貨で記 載)	\$ 〇〇,〇〇〇	
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 のできなかった理由	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 6130725 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) ● ● × × 年 5月 21日 被保険者の 住所 東京都千代田区大手町7-7-7 SMBCコンシユーマーファイナンス健康保険組合 理事長 殿 氏名 健康 太郎 電話 03 (5786 局) 0000 番					

委 任 状	私は、 受領代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者の 住所 〒 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	被保険者等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。	受付日付印
令和 年 月 日	SMBCコンシユ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)