

支 給 決 定 決 議 書							
決裁日付印	同年月日	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 〇 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。

被保険者等の 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 03-3287-0556		
			所在地	〒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	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 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 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			〒 150-0000 東京都千代田区大手町7-7-7 健康 太郎 (健康印) 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 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。
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