

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 喪 自 至	年月日 年月日 年月日 年月日				日間

医

## 被保険者 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、  
これに要した費用の  
「領収書」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 第	被保険者が勤務する(して いた)事業所の号	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 期間	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(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 のできなかった理由			
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 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 電話 (印)			

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)		