

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 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、「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 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			所在地及 び電話番 号		
	氏 名					
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