

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 回目)

被保険者等の記号・番号 第	被保険者が勤務する(して いた)事業所の所在地	名 称	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 〒 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、 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	受付日付印
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 〒	(印)
	氏名	