

被保險者家族 海外療養費支給申請書

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証 記号・番号	記号	番号	② 被保険者 (申請者) 氏名	フリガナ	印
	③ 被保険者 (申請者) 住所	〒一			電話 ()	
	④ 生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (才)				
	⑤ 事業所名称					
	⑥ 療養が被扶養者に 関するとき	氏名		⑦ 生年月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日
	⑧ 傷病名					
	⑨ 発病又は負傷 の年月日	平成 年 月 日		⑩ 発病又は負傷 の原因		
	⑪ 傷病の経過					
	⑫ 診療を受けた 病院等	名称			医師名	
所在地						
⑬ 診療の内容						
⑭ 診療を受けた 期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで			日間		
⑮ 入院の場合 上記入院期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで			⑯ 診療に要 した費用	円	
⑰ 療養の給付を受けるこ とができるなかつた理由						

⑯ 被保険者の口座に振込む場合					
振込先	指定銀行	信用金庫 銀行・信用組合			支店
	口座の種類	普通・当座・貯蓄預金	口座番号	⋮	⋮
	被保険者氏名 (口座設定者)	フリガナ			
⑰ 会社に委任する場合					
委任状	右の者を代理人と定め、上記保険給付金の受領を委任します。				
	被保険者氏名	Ⓐ	代理人氏名	Ⓑ	

※備考		受付日付印
-----	--	-------