

海外で療養を受けたとき

支給(出)金額	円	自平成 年 月 日	至平成 年 月 日	取得	昭和・平成 年 月 日
支給決定日	平成 年 月 日	支給期間	日間	喪失	平成 年 月 日
1立替払い等	2治療用装具	3あんまマッサージ師の施術	4はりきゅう師の施術	5生血輸血回数	期間
対象者が被保険者以外の場合は、その者の氏名、生年月日、被保険者との続柄を記載してください。				海外表示	備考欄
※装着年月日				0 国内	
年 月 日				1 海外	

※組合使用欄

※上の欄には記入しないでください。

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

●被保険者(申請者)の方は太枠欄に記入してください。また記入上の注意事項をよくお読みください。

被保険者証の記号・番号	被保険者(申請者)氏名・印	事業所の名称
2312 1000	健康太郎 印	〇〇〇病院
被保険者の生年月日	被保険者(申請者)の住所・電話等	
生年 昭和 00年 0月 0日生 月日 □平成	〒231-0000 横浜市中区屋上町〇〇-〇〇 TEL. (045) 000-0000	
療養が被扶養者に関する時はその者の氏名	生年月日	被保険者との続柄
	□昭和 年 月 日生 □平成	
傷病名	発病または負傷の原因及其の経過	発病又は負傷年月日(療養開始日)
盲腸	傷病の原因が外傷等によるものである時は、別に「負傷原因届」をこの書類に添付してください。「組合所定の用紙」 サンフランシスコへ旅行中、ホテルでお腹が痛くなり病院へ。翌日手術。	平成 24年 7月 21日
診療を受けた病院等	診療した医師氏名	第三者の行為によるものですか
名称 所在地	Tom Watson	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
100 Iju St. San Francisco, CA		
診療の期間(支給期間)	入院・入院外の別	入院の場合左記の入院期間
自 24年 7月 21日 日数 至 24年 7月 23日 3日間	<input checked="" type="checkbox"/> 入院・ <input type="checkbox"/> 入院外	自 年 月 日 日数 至 年 月 日 日間
診療に要した費用額	診療の内容	療養の給付を受けることが出来なかった理由
\$ 18,300円	入院、手術	1 治療用装具の支給申請のため。 2 健康保険加入手続き中で、手元に被保険者証がなかったため。 3 その他(海外のため)

● □には該当する部分にレ(チェック)を入れてください。

傷病名、診療に要した費用額、診療の内容等、わかる範囲で記入してください。受取代理人の欄に必要事項を記入してください。

海外金融機関への送金はできません。	受取代理人の氏名・印・住所・電話番号
	療養の給付を受けることができなかった理由を選択してください。

金融機関番号	1 2 3 4	本支店番号	5 6 7	預金種別	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
健康	銀行 金庫 組合	関内	本店 支店	普通 当座	フリガナ 預金口座 名義人	ケンコウ タロウ 健康 太郎

振込先金融機関の欄には必ずご記入ください。

受付日付印

上記の内容について相違ありません。平成 24年 00月 00日提出

神奈川県医療従事者健康保険組合 理事長 殿

▼字句を訂正する場合は誤った字句を抹消し、訂正印を押し、その上に正しい字句を記入してください。
▼「療養の給付を受けることが出来なかった理由」は必ず記入してください。