

被保険者  
 家 族 療養費支給申請書(海外)

|   |                                 |   |                                       |           |      |                     |  |               |  |
|---|---------------------------------|---|---------------------------------------|-----------|------|---------------------|--|---------------|--|
| 被<br>保<br>險<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>こ<br>ろ | ①<br>被保険者証の<br>記号・番号            | (7)<br>記号                                 | 000                                   | (1)<br>番号 | 0000 | ②<br>生年月日           | 昭和<br>平成<br>令和   | 〇〇年〇月〇日 (〇〇歳) |  |
|   | ③<br>被保険者の<br>氏 名               | (7)がナ) <b>ケンポ タロウ</b><br><br><b>健保 太郎</b> |                                       |           |      | ④<br>被保険者の<br>住 所   | 〒000-0000<br>〇〇県〇〇市〇〇町1-1<br>電話 000 (000) 0000   |               |  |
|   | ⑤<br>事業所の名称<br>(会社名)            | <b>株式会社〇〇〇〇</b>                           |                                       |           |      | ⑥<br>所属部署           | <b>総務部</b>   |               |  |
|   | ⑦<br>申請が被扶養<br>者に関する<br>ときはその者の | (7)<br>氏名                                 |                                       |           |      | (1)<br>生年月日         | 昭和<br>平成<br>令和   | 年 月 日 ( 歳)    |  |
|   | ⑧<br>傷 病 名                      | <b>風邪</b>                                 |                                       |           |      | ⑨<br>発病又は<br>負傷の年月日 | 〇〇年〇〇月〇〇日<br>(負傷の場合は : 時頃)   |               |  |
|   | ⑩<br>発病又は負<br>傷の原因及び<br>その経過    | <b>発熱と腹痛があり、病院に行った。</b>                   |                                       |           |      | ⑪<br>第三者の行為によるものですか | はい ・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">いいえ</span> |               |  |
|   | ⑫<br>診療を受けた<br>病 院 等            | (7)<br>名称                                 | <b>〇〇〇〇</b><br>医師の氏名 ( <b>〇〇 〇〇</b> ) |           |      | (1)<br>所 在 地        | <b>〇〇〇〇〇〇〇〇</b>  |               |  |
|   | ⑬<br>診療の期間                      | 自   | 〇年〇月〇日                                | 〇年〇月〇日    | 〇日間  | ⑮<br>入院・入院外         | ⑯<br>診療に要した<br>費用の額  | <b>〇〇〇〇〇円</b> |  |
|   | ⑭<br>装具装着日                      | 年 月 日                                     |                                       |           |      |                     |  |               |  |
|   | ⑰<br>診療の内容                      | <b>点滴、投薬</b>                              |                                       |           |      |                     |  |               |  |

|          |       |             |                  |                 |          |                |
|----------|-------|-------------|------------------|-----------------|----------|----------------|
| ⑱<br>振込先 | 〇〇 銀行 | 受<br>取<br>人 | 預<br>金<br>種<br>目 | 1. 普通           | フリ<br>ガナ | <b>ケンポ タロウ</b> |
|          | 〇〇支 店 |             |                  | 2. 当座           |          | <b>健保 太郎</b>   |
|          |       |             | 口座<br>番号         | 0 0 0 0 0 0 0 0 |          |                |

被保険者名義以外の口座に振込を希望される場合にご記入下さい

受付日付印

|                  |                              |                     |       |
|------------------|------------------------------|---------------------|-------|
| ⑲<br>委<br>任<br>状 | 本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 |                     | 年 月 日 |
|                  | 住所 〒                         |                     |       |
|                  | 被保険者の<br>氏 名                 |                     | ←     |
| 代理人の<br>氏 名      | (7)がナ)                       | 委任者と<br>代理人と<br>の関係 |       |
| 代理人の<br>住 所      | 〒                            | 電話 ( )              |       |

給付金の受領を委任する場合は、被保険者・代理人それぞれが記入して下さい。  
同一筆跡は不可といたします。

※本書に記入していただいた個人情報については適切に取り扱い、目的外には利用しません。