

(記入例)

受付年月日	令和 年 月 日
伺年月日	令和 年 月 日
決裁年月日	令和 年 月 日
支給額	円
支給期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 日間

支給支払決議書			
常務理事	事務長	部長	係
資格取得	平成・令和	年 月 日	
資格喪失	令和	年 月 日	
支払年月日	令和	年 月 日	

被保険者
被扶養者

海外療養費支給申請書

(第 回目)

※ 消えないボールペンでご記入ください。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	記号 1701 番号 81	所属	事業所名 ○○○○○	
	氏名	白方 太郎	部署名 ○○○○ (内線 TEL ○○ - ○○○○)		
	渡航国名	アメリカ	渡航目的	旅行	
	渡航期間	令和 ○年 ○月 ○日から 令和 ○年 ○月 ○日まで			
	傷病名 (日本語で記入)	○○○○○	診療期間	令和 ○年 ○月 ○日から 令和 ○年 ○月 ○日まで 継続中	
	発病又は負傷の原因及びその経過	不詳			
	発病又は負傷の年月日	令和 ○年 ○月 ○日	総診療費 (領収書のとおり)	65 通貨単位 (ドル)	
	入院・入院外の別(○をつける)	入院・入院外	入院した期間	令和 ○年 ○月 ○日から 令和 ○年 ○月 ○日まで	
	傷病原因 (○をつける)	1. 交通事故(第三者行為・自損) 2. 第三者行為 3. その他			
	第三者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	昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日 被保険者との続柄	
	振込希望銀行	銀行	口座番号	名義(フリガナ) 支店 [普通]	
	上記のとおり申請します。 令和 ○年 ○月 ○日 〒 161-0001 被保険者の住所 新宿区北新宿2-8-1 氏名 白方 花子 博報堂健康保険組合理事長 殿				
疾病コード	No.	支給決定日	令和 年 月 日	換算レート	
備考					