

支払決定日	令和 年 月 日	理事長	常務理事	事務長	担当者
支給日	令和 年 月 日				
支給額	¥ 円	記入不要です			
内訳	療養費 ¥ 円				
	付加金 ¥ 円	資格取得日			
支給期間	自 令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日			
	至 令和 年 月 日	資格喪失日			
	日間	令和 年 月 日			

被保険者・被扶養者 海外療養費支給申請書

被保険者証NO	〇〇〇〇-〇〇〇〇	事業所の名称	東洋水産(株)〇〇事業所		
被保険者氏名	東洋 太郎				
被扶養者に関する申請の時	氏名 東洋 花子	生年月日 昭和・平成・令和 〇年 〇月 〇日	被保険者との続柄 妻		
傷病名	急性気管支炎	発病又は負傷の年月日	令和 〇年 〇月 〇日		
発病又は負傷の原因	不詳				
傷病の経過	良好				
受診した医療機関	名称: 〇〇〇ホスピタル	所在地及び電話番号	8101 〇〇Road.〇〇〇. Virginia 23237 USA		
	医師名: 〇〇〇 〇〇〇〇		Tel: 〇-〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
診療又は手当の内容	点滴・投薬				
診療又は手当を受けた期間	(入院 外来)		受診時に要した費用の額		
	自 令和 〇年 〇月 〇日	至 令和 〇年 〇月 〇日	¥ 〇〇〇〇 円也		
	〇日間		装具装着日: 令和 年 月 日		
第三者行為の有無	事実	有・無	届出	有・無	
上記の通り申請します。		〒			
令和 〇年 〇月 〇日	被保険者の住所	1234 〇〇Ave.〇〇〇.Virginia 23237 USA			
東洋水産健康保険組合 理事長 殿	氏名	東洋 太郎 印			

委任状欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 〇年 〇月 〇日			
	被保険者住所 (請求者) 氏名	1234 〇〇Ave.〇〇〇.Virginia 23237 USA 東洋 太郎 印		
	事業所名	事業主が記入・捺印 印		

振込口座を公金受取口座とする場合は本申請とあわせてホームページ掲載の「保険給付等の公金受取口座利用届」をご提出ください。