

支払決定日	令和	年	月	日
支給日	令和	年	月	日
支給額	¥			円
内訳	療養費	¥		円
	付加金	¥		円
支給期間	自	令和	年	月
	至	令和	年	月
				日間

理事長	常務理事	事務長	担当者
資格取得日			
昭和・平成・令和 年 月 日			
資格喪失日			
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		事業所の名称	
被保険者氏名			
被扶養者に関する申請の時	氏名	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	被保険者との続柄
傷病名		発病又は負傷の年月日	令和 年 月 日
発病又は負傷の原因			
傷病の経過			
受診した医療機関	名称:	所在地及び電話番号	Tel:
	医師名:		
診療又は手当の内容			
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 年 月 日	至 令和 年 月 日	¥ 円也
		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 年 月 日	被保険者の		住所
東洋水産健康保険組合 理事長 殿			氏名
			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 年 月 日
	被保険者 住所	
	(請求者) 氏名	印
	事業所名	
	事業主(代理人)名	印