

係 員	給 付 割 合				決 定 額						
	一般7割		未就学児8割		一 部 負 担 金						
	高 齢	8	8Ⅱ	9							
		現Ⅲ	現Ⅱ	現Ⅰ	支 給 額						

療養費支給申請書（海外療養費）

被保険者 記号・番号	84—	受診者氏名										組 合 員 との続柄					
		個人番号															
		生年月日		昭和・平成・令和		年		月		日							
渡航国名				渡航目的													
渡航期間		年		月		日から		年		月		日まで					
診療期間		年		月		日から		年		月		日まで 日間					
傷 病 名																	
診療・薬剤の支給を受けた 病院・診療所・薬局等の名称																	
診療・薬剤の支給を受けた 病院・診療所・薬局等の所在地																	
診療・薬剤の支給を受けた 医師・薬剤師等の氏名																	
発病又は負傷の原因																	
発病又は負傷の原因は第三者行為によるものですか。						いいえ ・ はい											
発病又は負傷の年月日				年		月		日									
総 診 療 費 (領収書のとおり)				通貨単位 ()													
入院・入院外 の別		入院 ・ 入院外		入院した期間		年		月		日から		年		月		日まで	

○ 組合員名義の銀行・口座番号を記入してください。

振 込 先	金融機関名	銀 行 信用金庫 ()				支 店 名		本 店 支 店					
	預金種類	1. 普通		2. 当座		口 座 番 号							
	フリガナ												
	口座名義												

上記のとおり、療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。

年 月 日

組 合 員	自宅住所	〒									
	氏 名							電話番号 (自宅・携帯)			
	個人番号										

(※) 個人番号を記載の場合は、組合員の番号確認及び身元確認書類の添付が必要になります。