

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書(海外用)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名 (社員番号)	
	傷病名			発病又は負傷の年月日	令和 年 月 日
	被扶養者に 関する申請の とき	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日	続柄
	発病又は 負傷の原因				
	傷病の経過				
	診療又は手当 を受けた医療機 関の名称・所在 地及び医師の氏 名	名称		所在地 及び 電話 番号	
	入院又は通院 の間	自 令 年 月 日 至 令 年 月 日	日間	診療又は手当に 要した費用の額 (現地支払額 及び国名)	現地 支払額 国名
	委任状	この申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 被保険者(請求者)の氏名及び印 代理人の住所 〒 名称 氏名			
	振込先 (被保険者名義)	1. 健保給付金指定振込口座 (※原則給与口座) 2. 1.以外で希望する 場合の振込先			
		銀行 信金	本店 支店	普通 預金	NO.
	口座名義(カタカナ記入):				
上記のとおり申請します。					
令和 年 月 日					
住所 〒					
TEL ()					
メールアドレス					
被保険者氏名					
日本イーライリリー健康保険組合理事長 殿					
備考欄	個人番号(被保険者証の記号・番号を記入した場合は記入不要です) ※個人番号をご記入いただいた場合は、個人番号確認、身元確認のため、以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し(表面) ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カードの写し(両面)のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写し 又は パスポートの写し のいずれか1点				

【添付書類】

1. (医科)診療内容明細書様式A及び領収明細書様式B / (歯科)歯科診療内容明細書 2. 現地で支払った領収書の原本
3. 各添付書類の日本語翻訳文(翻訳者の氏名・住所記載) 4. 海外渡航期間がわかる書類(パスポート等)の写し
5. 海外の医療機関等に照会することの同意書