

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書(海外用)

| | | | | | | | | | |
|--|--|------------------------------------|---------|-----------------------|-------------------------|-----|---|--------------|--|
| 被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ | 被 保 險 者 等 記 号・番 号 | 記 号 | 番 号 | 被 保 險 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 | | | | |
| | | 氏 名 | | | | | | | |
| | 入 院 又 は 通 院 の 期 | 自 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 | |
| | | 至 令 | 年 | 月 | 日 | | 国 名 | | |
| | 振 込 先 (被 保 險 者 名 義) | 1. 健 保 給 付 金 指 定 振 込 口 座 (※原則給与口座) | | | | | | | |
| | 2. | | 銀 行 | 本 店 | 普 通 | NO. | | | |
| | 1.以外で希望する 場合の振込先 | | 信 金 | 支 店 | 預 金 | | | | |
| | 口座名義(カタカナ記入): | | | | | | | | |
| 上記のとおり申請します。 | | | | | | | | 受 付 日 付 印 | |
| 令和 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 住所 〒 | | | | | | | | | |
| TEL () | | | | | | | | | |
| メールアドレス 被 保 險 者 氏 名 | | | | | | | | | |
| 日本イーライリリー健康保険組合理事長 殿 | | | | | | | | | |

【添付書類】

1. 診療内容明細書/領収明細書(又は、歯科診療内容・領収明細書)
2. 現地で支払った領収書の原本
3. 各添付書類の翻訳文(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