

海外療養費申請書(支給No.)

海外第二家族療養費申請書(支給No.)

被保険者または被保険者であった者記載事項	①被保険者証の記号・番号	(記号) (番号) —	②所属事業所の名称			
	③療養を受けた者の氏名			④生年月日	昭・平・令 年 月 日生	
	⑤続柄	本人・妻・子・父・母 祖父母・その他()		⑥発病または負傷の年月日	令和 年 月 日	
	⑦傷病名					
	⑧傷病の原因					
	⑨行き先国名					
	⑩療養に要した費用			⑪通貨の名称		
	⑫療養の期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		⑬左記期間のうち 診療日数	日	
	⑭退職後の申請の場合は 振込み先記入(任意継続は除く)	銀行 支店		口座番号(普通・当座)	口座名義人(カナ)	
	令和 年 月 日		〒 - TEL - -		被保険者の 住所氏名	
そごう・西武健康保険組合 理事長 殿						

翻訳者の証明	診療内容明細書を翻訳いたしました。	〒 - TEL - -
	令和 年 月 日	翻訳者の 住所氏名

委任状	保険給付金の受領を下記の者に委任いたします。以下の(1)(2)のいずれかに○をつけてください。	
	令和 年 月 日	被保険者の氏名
	(1) 所属事業所の事業主もしくは事業主代理人	代理人の 住所・氏名
(2) (1)以外の受領代理人 (2)選択の場合は右欄に記入押印		

領収証	金 円を領収いたしました。	令和 年 月 日領収
	ただし、海外療養費、海外第二家族療養費として	氏 名
そごう・西武健康保険組合 理事長 殿		

※支給(支出)決定伺	健康保険診療基準	基準点数(1日)	診療日数	金額	
		点	日	円	
	海外通貨基準	診療費	為替(対円)	金額	
				円	
		支払期間	支払額	内 訳	※備考
	<input type="checkbox"/> 療養費 <input type="checkbox"/> 第二家族療養費	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	円		<input type="checkbox"/> 直接払 <input type="checkbox"/> 間 接 払 (給与振込)
支給決定のうえ支払いしてよろしいか		令和 年 月 日			
・一般被保険者資格取得年月日	昭和・平成・令和	年 月 日	※第二家族療養費の場合は、 その者の認定年月日	常 務 理 事	
・ " 資格喪失年月日	令和	年 月 日			
・任継被保険者資格取得年月日	令和	年 月 日	年 月 日		
・ " 資格喪失年月日	令和	年 月 日			

☆この申請書に添付する書類

診療内容明細書(様式A)、領収明細書(様式B)、領収証(写し)・又はそれに準ずる費用の明細書と領収証(写し)

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、記入者の氏名(サイン)をご記入ください(押印可)