

支給 決定 伺	常務理事		事務長		係		支給金額		円
	備								
	考								

受付日付印

被保険者・家族

海外療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号及び番号	—	標準報酬 等級		級	事業所 の名称		
	傷病名				発病又は 負傷の年月日	年 月 日		
	発病又は負傷の 原因及び経過							
	被扶養者に関する ときはその者の氏名				被保険者 との続柄	生年 月日	年 月 日	
	病院等で療養 を受けた期間	年 月 日	日間			受けた療養に対し 病院で支払った額	円	
	医療機関名称							
	医療機関所在地							
	診療した医師氏名							
	診療の内容							
	上記によって申請します。							
	年 月 日				被保険者の住所			
	TOYO TIRE健康保険組合 殿				Tel _____			
				氏名 _____ (印)				
				従業員No. _____				

被保険者 被扶養者 に関する 事業主の証明	上記のとおり相違ないことを 証明します。	事業主の 住所 名称 氏名印	
	年 月 日		(印)

委任状	
上記の海外療養費の受領を	に委任します。
年 月 日	被保険者氏名 _____ (印)

◎診療内容の明細（翻訳されたもの）と領収明細書と領収書（原本）を必ず添付してください。