支給決定並びに支出伺	常務理事	事務長	担当	支給決定額	円
				支給期間	平成　年　月　日 平成　年　月　日　日間

健康保険 海外療養費 支給申請書

被保険者(申請者)情報			
被保険者証の	記号 82　番号 100000		生年月日 □昭和 □平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日
氏名・印	(フリガナ) サンタテ タロウ 三立太郎 (三立)	所属	○○ 部・支店・(工場) ○○ 課
住所	(〒933 − 0957) 富山 (都)(道)(府)(県) 高岡市早川○番地		
電話番号	TEL 0766 (23) ○○○○		

申請内容				
1 受診者	[1] 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		2 診療を受けた国名	アメリカ
1 - ①家族の場合はその方の	氏名		生年月日	□ 昭和 □ 平成 年 月 日
3 傷病名	右足首ねん挫		4 発病または負傷年月日	平成 29 年 1 月 10 日
5 発病の原因および経過(詳しく)	[1] 1. ケガ 2. 病気	負傷の原因(負傷した日時・負傷した場所・発生状況を具体的に記入ください。) 階段を踏みはずして足首をひねった		
6 診療を受けた医療機関等	名称: ○○ MEDICAL CLINIC	所在地: 1010 SOUTH ARLINGTON	診療した医師等の氏名: ○○ ○○	
7 診療を受けた期間	平成 29 年 1 月 10 日から 平成 29 年 1 月 15 日まで 2 日間		8 療養に要した費用	100 (アメリカドル) 通貨単位を記入ください。

【添付書類】①診療内容明細書 ②領収明細書 ③海外で支払った領収証(※すべて原本)を申請書に添付してください。
※申請書は1ヶ月ごとに1枚必要です。

振込先指定口座			
金融機関名称	○○ (銀行)(金庫)(信組)(農協)(漁協)	○○ (本店)(支店)(出張所)	
預金種別	[1] 1. 普通 2. 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7 ※左づめでご記入ください。※ゆうちょ銀行は不可です。
口座名義	▼カタカナでご記入ください。 サンタテ タロウ	口座名義の区分	[1] 1. 申請者(被保険者) 2. 代理人

▼「2. 代理人」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄		
被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 平成 年 月 日 氏名・印 (印)	受付日付印
代理人(口座名義人)	(〒 −) TEL ( ) 住所 (フリガナ) 氏名・印 (印)	委任者と代理人との関係

被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄へ記載してください。※【注意】マイナンバーを記載した場合は個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。) 備考欄

三協・立山健康保険組合

(29.1)