

海外で受診した場合の申請書類
診療内容明細書（翻訳したもの）及び領収書を添付

支給決定 同日	年 月 日	支給期間	常務理事	主任	担当
	支給額 円	年 月 日から 年 月 日まで 日間			
備考					

被保険者
家族

海外療養費支給申請書

被保険者証	記号 1010	番号 12345	(職場名 総務部)
傷病名	右足首捻挫	発病負傷の年月日	〇〇〇〇年〇月〇日
傷病の原因	自宅の階段を踏み外した		
傷病の経過	現在は完治している		
診療または手当を受けた医師 歯科医師, その他の者の	所在地	名称	
診療または手当の期間	〇〇〇〇年〇月〇日から 〇〇〇〇年〇月〇日まで〇日間	診療または手当に要した金額	12,500 円
診療または手当の内容			
療養又は手当が被保険者の 選定に係る特別の病室の提 供、その他厚生大臣が定め る療養を含むときはその旨 療養の給付又は特定療養費 もしくは家族療養費の支給 を受けることができなかつ た理由			
傷病が第三者の行為に よるときは、第三者の 住所、氏名及びその時 の状況	(住所) (状況)	(氏名)	
被扶養者に関する申請の とき	氏名	生年月日 年 月 日生	被保険者との続柄
上記のとおり申請します。	〇〇〇〇年〇月〇日		
三井E&S健康保険組合 御中	被保険者の住所	東京都中央区築地1-1-1	
	氏名	健保太郎	印
本請求に基づく給付金に関する受領を事業主(代理人)に委任します。	〇〇〇〇年〇月〇日		
	被保険者の住所	東京都中央区築地1-1-1	
	氏名	健保太郎	印

(注意事項)
この申請書には診療内容明細書(翻訳したもの)及び領収書を添付して下さい。
輸血及びコルセット療養内容明細書(翻訳したもの)を添付して下さい。
この申請書のときは、「医師の証明書」のほかに「領収書」を添付して下さい。