

(注意事項)  
 ・ ・ ・ 全て履歴を添付してください。  
 ・ ・ ・ 渡航履歴のわかるパスポートの写しを添付してください。

(海外で療養を受けた申請の場合には、次の用紙の添付が必要です。)  
 (1) 診療内容明細書(フォームA)および領収明細書(フォームB)。または、歯科診療内容明細書(フォームC)。  
 (2) 社会保険表章用国際疾病分類表(フォームD)。

被保険者等 記号・番号	記号 番号	ご自身の勤務 の事業所の	名称 所在地	TEL ( )
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				
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	国名 (日本語で記入) 所在地及び 電話番号		TEL ( )
	氏名			
診療又は 手当の内容	入院期間		自 年 月 日 至 年 月 日	
診療又は手当 を受けた期間	自 年 月 日 至 年 月 日 ( 日間)	診療又は手当に 要した費用の額	金	通貨単位
渡航目的				
渡航期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
被扶養者に 関する申請のとき	氏名	生年月日	昭 平 年 月 日	被保険者 との続柄
上記の通り申請します。				年 月 日
住所				
被保険者の TEL				
氏名				印
健康保険組合理事長殿				

支払希望の銀行又は信用金庫 <b>普通預金指定</b>					
銀行 金庫	銀行コード			支店	支店コード
普通預金	口座番号 (右詰で7桁記入してください)				
口座名義人	フリガナ				

受付日付印