

受付年月日	年	月	日
伺年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日
支給額	円		

理事長	常務理事	事務長	担当者
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
支払年月日	年 月 日		

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書（海外療養費）

（第 回目）

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	記号・番号	・		診療を受けた者の氏名 ・生年月日	フリガナ		続柄
	事業所名				昭和・平成・令和 年 月 日生		
	傷病名				発病又は負傷の年月日	平・令 年 月 日	
	渡航目的						
	発病または 負傷の原因 および経過	発病・負傷時の状況	(勤務中・通勤途中・その他)				
		原因	(第三者の行為によるもの・その他)				
		経過					
	診療を受けた期間	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで (日間)		入院していた場合はその期間	平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで (日間)		
	被保険者証で治療を受ける事ができなかった理由				診療または手当に要した費用の額	円	
	診療又は手当を受けた医療機関の名称・医師の氏名	名称			医療機関の所在地・電話番号	()	
		氏名					
	被保険者に対する支払金融機関						
	銀行		支店	1.普通 2.当座	口座 名義	フリガナ	
	令和 年 月 日						
	西日本新聞社健康保険組合理事長 殿						
上記の通り、海外で治療行為を受けましたので、療養費を申請します。 また、療養を受けた海外の医療機関等に西日本新聞社健康保険組合が文書等により 当申請内容を照会することに同意します。							
被保険者の住所 氏名 電話 ()							

受付年月日