

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		
支給期間	自	年	月
	至	年	月
	日間		

支給支払決議書			
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 **海外療養費支給申請書**

被保険者証の 記号・番号	記号	被保険者が勤務 する(していた) 事業所の	名称	電話	
	番号		所在地	〒	
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			所在地及び電話番号	〒
	氏名				
診療又は手当の内容			入院期間	自	年 月 日
			コセット装着日	至	年 月 日
診療又は手当を受けた期間	自	年 月 日	日間	診療又は手当に要した費用の額	金 円也
	至	年 月 日			
国内で受診できなかった理由					
第三者の行為による負傷であるとき	その事実と届出の有無	加害者の氏名			
		加害者の住所		〒	
被扶養者に関する申請のとき	氏名	生年月日	昭・平・令	年 月 日	被保険者との続柄
振込希望銀行	銀行		支店	(フリガナ)	
	(普通 当座 No. )			口座名義人	
上記のとおり申請します。					
			〒	年 月 日	
東宝健康保険組合理事長殿			住所	被保険者の	
			氏名	氏名 ㊟	

委任状	給付金の受領を 年 月 日 に委任します。				
	被保険者氏名 _____				
	〒 _____				
	住所 被保険者の				
	氏名 _____ ㊟				
	〒 _____				
	住所 代理人の				
	氏名 _____ ㊟				
振込希望銀行	銀行		支店	(フリガナ)	
	(普通 当座 No. )			口座名義人	

(注意事項)

海外滞在中の申請は、事業主を経由して、事業主の選定した保険給付金受領代理人の方などに委任してください。(海外への送金が行っておりません。)

「治療を目的」として海外へ渡航し治療を受けた場合は、支給対象外となります。

日本国内で保険適用となっていない療養(治療)は、支給対象外となります。