

記入例【ケース7】

被保険者
被扶養者 療養費支給申請書

(海外で医療を受けた場合)

被保険者
被扶養者 療養費支給申請書

(第 1 回目)

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	(1) 被保険者証の 記号・番号	0000 11111	(2) 被保険者が勤務する (していた)部署、支 社、関連会社の	名称 所在地	太陽生命保険株式会社 海外事業部 東京都中央区日本橋2-7-1	
	(3) 被保険者名	太陽花子		(4) 生 年 月 日	昭和・平成 45年 4月 1日	
	(5) 被扶養者に関 する申請のとき	被扶養者 氏名	該当せず	(6) 生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	(7) 被保険者 との続柄
	(8) 傷病名	糖尿病		(9) 発病又は負傷年月日	平・令 31年 4月 1日	
	(10) 発病又は 負傷の原因	不明				
	(11) 傷病の経過	良好				
	(12) 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 氏名	ABC病院 担当医師名	(13) 所在地及び 電 話 番 号	海外の病院所在地 TEL 国番号(33)0123456789	
	(14) 診 療 又 は 手 当 の 内 容	入院して食事療法を受けた。		入院期間 コルセット装着日	自(平)令 31年 4月 1日 至(平)令 31年 4月 30日 平・令 年 月 日	
	(15) 診療又は手当を 受けた期間	自 至	平・令 31年 4月 1日 現在も 診療中 平・令 年 月 日	(16) 診療又は手当に要 した費用の額	金 28,000 円他	
	(17) 申 請 理 由	1. 立替払い(保険証なしでの受診等) 2. 旧保険証使用 3. 治療用装具(コルセット、アーチサポート等) 4. 小児弱視等の治療用眼鏡等 5. 治療用装具(弾性ストッキング等) 6. はり・灸(あん摩・マッサージ) 7. 海外の病院での受診 8. 輸血時の生血代				
(18) 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	該当せず	加害者の氏名 加害者の住所			
(19) 報酬振込口座 (振込希望の銀行)	三井住友 銀行 ○× 支店		(普通) No. 1234567 当座	口座 名義人	タイヨウハナコ	
(20) うえのとおり申請します。 令和 元 年 5 月 10 日	TEL 03 (0000) 1111 〒 000-0000 住所 東京都城東区城東1-2-3 被保険者の 氏名 太陽花子 太陽生命健康保険組合理事長 殿					

(16) 「診療又は手当に要した費用の額」欄は、補装具を購入した際の領収書の金額を記載する。不明な場合は、記載しないこと。

(19) 「振込希望の銀行」欄 報酬振込口座を記入する。(退職者は希望する振込銀行口座を記入する。)

受付日付印