被保険者
被扶養者

海外療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号						②	フリガナ	カンサイ ハチロウ				
	8	0	1	9	9	9	被保険者の 氏名と印	関西 八郎					
	事業所の名称							関西テレビ放送株式会社					
	申請が被扶養者に 関するときは		生年 月日		昭和 平成 令和	〇	年	〇	月	〇	日	被保険者 との続柄	本人
	傷病名		胃炎		発病又は負傷 の年月日		令和 〇 年 〇 月 〇 日 (負傷の場合は 〇 時頃)						
	発病又は負傷 の原因		不詳				傷病の 経過		投薬後、鎮静化した				
	診察を受けた 病医院の		名称		〇〇〇クリニック		診療した 医師氏名		〇〇〇〇〇〇				
			所在地		ニューヨーク〇〇番地×-×								
	診療の期間 (入院-入院外の別)		入院 入院外		自 令和 〇 年 〇 月 〇 日		至 令和 〇 年 〇 月 〇 日						
	入院の 場合日数		日間		入院外 の場合実日数		1 日		診療に要した 費用の額		180 \$ (別紙証拠書のとおり)		通貨単位 USDドル
診療の内容		診察の上、薬を処方された				渡航目的		観光(旅行)の為					

会 社 に 委 任 す る 場 合	被保険者 (請求者)		氏名		令和 年 月 日	
	代理人氏名		住所			
			氏名			

組 合 記 載 欄	支給決定額		備考欄			
	円		TTS (年 月 日):		= 円	
	×		円 =		= (1円未満切捨て) 円	

常務理事	事務長	担当書

受付日付印

支給決定額 円也