

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	9	被保険者の 氏名と印	関西 八郎					
								下記のとおり申請いたします						
	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		虫歯			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	〇〇〇デンタルクリニック					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に)	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	T T S (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

関西テレビ放送健康保険組合