

支払給 決 議 書	支払年月日	年 月 日	常務理事	事務長	経理	扱 者
	支給額	円				
	支給期間	自 年 月 日				
		至 年 月 日	資格取得	年 月 日		
		日間	資格喪失	年 月 日		

住友金属鉱山健康保険組合

健康保険 被保険者 療養費支給申請書(海外)

(第 回目)

被保険者等の記号番号		被保険者氏名		住 所	
-		(フリガナ)			
療養を受けた者の氏名		性 別	生年月日	続 柄	業務上・外、第三者行為の有無
(フリガナ)		☐ 男	年 月 日		☐ 業務上 ☐ 第三者行為である ☐ その他
		☐ 女			
傷 病 名		発病又は負傷年月日		発病又は負傷の原因及びその経過	
		年 月 日			
診療を受けた 医療機関の名称 及び医師の氏名		名 称		医療機関 の所在地 ・ 電話番号	
		氏 名			
診療 期間	☐ 医科 ☐ 入院	自 年 月 日	診療日数	診療に要した 費用の額	※ 現地通貨で記入
	☐ 歯科 ☐ 外来	至 年 月 日	日間	地 域 名	国名 通貨単位
[[]]					

上記のとおり申請します。

年 月 日

住所
被保険者
住友金属鉱山健康保険組合理事長 殿 氏名

委任 状 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		
	年 月 日		
	被保険者 住所 (請求者) 氏名		
	代理人 の 氏名	(フリガナ)	委任者と代理人との関係
代理人 の 住所	(フリガナ)		事業所担当者印

※ 支 払 機 関 欄	支払区分	預金種別	金融機関名	☐ 銀行 ☐ 信金	☐ 本 店
	振 込	☐ 普通 ☐ 当座	☐ 金庫 ☐ 信組	☐ 農協 ☐ 漁連	☐ 支 店
		☐ 普通 ☐ 別段			☐ 出張所
	口座番号	口座名義	(フリガナ)		

※支払機関欄は退職者の方のみ記入して下さい。

備考欄	被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、「備考欄」へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)
-----	--

【記入上の注意】

1. □は該当箇所に✓をしてください。
2. 同一月・同一医療機関につき、入院・外来別に1枚の申請書を作成してください。

【添付書類についての注意】

1. 医療機関の発行した領収書(原本)を添付してください。
2. 医科診療の場合、「診療内容明細書・領収明細書」を医師にご記入いただき添付してください。
3. 歯科診療の場合、「領収明細書(歯科)」を医師にご記入いただき添付してください。
4. 医師の証明が外国語の場合は、「各証明の邦訳」を添付してください。

受付日付印