

被 保 険 者 族 海 外 療 養 費 請 求 書
 家

西武健康保険組合理事長 殿

No.

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等	記号				番号					
	被保険者の	会社名				所属					
		氏名									
		住所	(〒 -)								
		生年月日	昭和 平成	年	月	日	資格取得日	昭和・平成 令和	年	月	日
	療養が被扶養者に 関するときはその方の	氏名				続柄					
		生年月日	昭和・平成 令和	年	月	日	被扶養者 認定日	昭和・平成 令和	年	月	日
	傷病名										
	発病又は負傷の原因 及びその経過										
	第三者の行為によるものですか	いいえ はい									
診療・手当を受けた病院・診療所等	名称										
	所在地										
	医師の氏名										
療養の期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	日間	
上記期間中の入院期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	日間	
療養の内容											
海外へ渡航した理由											
振込金融機関	銀行名	支店名	口座種目	口座番号(右詰めで記入)			口座名義(カタカナ)				
	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	1 普通 2 当座								
	ゆうちょ銀行	通帳記号	通帳番号			口座名義(カタカナ)					
	1		0						1		
同意欄	当請求内容について、当組合が療養を受けた海外の医療機関等に、文書等により照会することに同意します。 療養を受けた方の氏名 _____										

【添付書類】 ①『診療内容明細書』・『領収明細書』（歯科の場合は『歯科診療内容明細書』） ※翻訳したもの
 ②パスポート（本人確認及び渡航期間の確認ができるページ）・航空券等、海外に渡航した事実が確認できる書類の写し
 ③現地で支払った際の領収書

押印欄	事業所	所 属
-----	-----	-----

健康保険支給決議書

健 保 記 入 欄	款	保険給付費	項	法定給付費	目	療 養 費 第二家族療養費					
	受付年月日	支給決定額									円
		付加給付金									円
		備考									
		支給日	令和	年	月	日	常務理事	事務長	会計	給付	