

どちらかを選択

被保険者
 被保険者家族

海外療養費請求書

西武健康保険組合理事長 殿

No.

被 保 者 記 入 欄	被保険者等	記号	100		番号	12345										
	被保険者の	会社名	〇〇〇〇株式会社		所属	〇〇部										
		氏名	西武 太郎													
		住所	(〒〇〇〇 - 〇〇〇〇) 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇													
	生年月日	昭和 平成	42	年	10	月	3	日	資格取得日	昭和 平成 令和	2	年	4	月	1	日
	療養が被扶養者に関するときはその方の	氏名	西武 康平		続柄	長男										
		生年月日	昭和 平成 令和	12	年	7	月	21	日	被扶養者 認定日	昭和 平成 令和	12	年	7	月	21
	傷病名	急性気管支炎														
	発病又は負傷の原因及びその経過	発熱・嘔吐・下痢														
	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	〇〇〇〇〇〇〇〇														
	所在地	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇														
	医師の氏名	〇〇 〇〇														
療養の期間	令和 3 年 7 月 25 日 ~ 令和 3 年 7 月 25 日 1 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	診察、薬の処方															
海外へ渡航した理由	旅行															
振込金融機関	銀行名	〇〇〇 銀行	支店名	〇〇〇〇 本店	口座種目	1 普通	口座番号(右詰めで記入)	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	口座名義(カタカナ)	セイブ タロウ						
	ゆうちょ銀行	通帳記号	1	通帳番号	0	口座名義(カタカナ)	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 西武 康平															

【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	〇印	〇印	〇印	所 属	〇印	〇印	〇印
-----	-----	----	----	----	--------	----	----	----

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	