

(本人・家族) 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 記号と番号		記号		被保険者の氏名 と生年月日	請求日 令和 年 月 日 (7)がナ		昭和・平成 年 月 日生		
	被保険者の住所		〒	-	Tel () -					
	事業所名				Tel () -		営業所・店			
	療養が被扶養者のとき はその者の氏名				被扶養者の 生年月日	昭・平・令 年 月 日生				
	傷病名				発症又は負 傷年月日	平成・令和 年 月 日				
	発病又は負 傷の原因及 びその経過				第三者(他人)の行 為によるものですか		いいえ・はい			
	診療を受け た病院等		病院の名称		医師の氏名					
			所在地							
	診療を行 った期間		平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで 日間		左のうち入 院した期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで 日間				
	診療に要 した費用の額		(通貨単位)		国内での治 療の有無	国外で治癒した・国内で継続治療した				
振込先 金融機関名		銀行 信用金庫		支店 営業所		口座 番号				
		信用組合 農協・他		預金 種類	普通・他 ()		口座名義 (被保険者名)			

この請求書には
右の書類を添付
して下さい。

1. 診療内容明細書 (歯科の場合は歯科診療内容明細書)
2. 領収明細書
3. 1の日本語翻訳文 (翻訳文には翻訳者の氏名及び住所を記載すること)

※日本語翻訳文を必ず添付して下さい。翻訳文のない場合は、支給できません。

組 合 使 用 欄	資格取得日	平成・令和 年 月 日	扶養認定日	平成・令和 年 月 日		
	支給決定日	令和 年 月 日	邦貨換算額 (支払額×換算率)	円 (×)	組合算定額	円
	支給金額	- 3・2・1 =			円	

リーガル健康保険組合