（本人・家族）海外療養費支給申請書

請求日　令和　元　年　１０月　１　日

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	(ﾌﾘｶﾞﾅ　ｹﾝﾎﾟ　ﾀﾛｳ) 健保　太郎　(印) 昭和・(平成)　３　年　２　月　１０日生
		番号	○○○○		
	被保険者の住所	〒　-			TEL（×××）××××-××××
		△△△，○○ □□□□，・・・，Hong Kong			
	事業所名	○○リーガル			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	虫歯	発症又は負傷年月日	平成・(令和)　元　年　９　月　５　日	
	発病又は負傷の原因及びその経過	原因不詳、治療後良好		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 △△　Dental Clinic		医師の氏名 △△△△	
		所在地 ×××，△△△ ○○○○，・・・・・・，Hong Kong			
	診療を行った期間	平成・(令和)　元年　９月　５日から 平成・(令和)　元年　９月１２日まで　２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)　ＨＫＤ	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・信用組合・農協・他	△△　(支店)・営業所	口座番号	１２３４５６７
			預金種類　(普通)・他（　）	口座名義（被保険者名）	ケンポ　タロウ

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