

海外療養費支給申請書

下記のとおり申請します。

被	健康保険被保険者証 記号-番号	—	氏名	印	
	住所	〒 ()			
保	所属部署	〒 ()			
	家族に関する 申請のとき	家族 氏名	年 月 日生		続柄
険	傷病名	発病又は負傷 年月日		平成 令和 年 月 日	午前・午後 時頃
	発病又は負傷の 原因及び経過 (具体的に)	第三者の行為によるものですか。(はい・いいえ)			
者	療養に要した 費用の額	() 通貨単位を記入してください。 (例：アメリカドル)			
	振込 希望 口座	金融機関名 銀行 金庫 ()	本・支店名 本店 支店 ()	口座番号 (普)	被保険者名義 (カタカナ)
記	診療を受けた医療機関等の情報 国名 ()		医療機関名		
			所在地		
入	診療を受けた期間		診療した医師等の氏名		
	令和 年 月 日～令和 年 月 日 (日間)				
欄	※上記の期間に入院していた場合は、その期間				
	令和 年 月 日～令和 年 月 日 (日間)				
	診療の内容				
	受診者の情報	<input type="checkbox"/> 海外在住 <input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> その他 ()			

支給決定欄	領収書発行日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当	担当
	給付対象額	円				
	支給決定額	円				

受付印

【問合わせ先】

ネクステージグループ健康保険組合
〒461-0005 愛知県名古屋市中区東桜1-10-35 セントラル野田ビル702
TEL (052)951-4907

- 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバー（個人番号）により申請することも可能です。その場合は、次の備考欄へマイナンバーを記載していただくとともに、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。

備考欄	
-----	--