

# 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 記号-番号	—	氏名			
	住所	〒 ( ) Tel ( )				
	会社名					
保	家族に関する 申請のとき	家族 氏名	年 月 日生			続 柄
	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	
険	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)				
	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)				
者	振込 希望 口座	金融機関名	本・支店名	口座番号	請求者名義 (カタカナ)	
		銀行 金庫 ( )	本店 支店 ( )			
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			
			診療した医師等の氏名			
入	診療を受けた期間					
	令和 年 月 日～令和 年 月 日 ( 日間) ※上記の期間に入院していた場合は、その期間					
欄	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	給付対象額	円	常務理事	担当	担当	
	支給決定額	円				

受 付 印

【問合わせ先】

ダイレクトマーケティングミックス健康保険組合  
〒530-0054 大阪市北区南森町二丁目1番29号 三井住友銀行南森町ビル5階  
Tel (06)4397-3260

- 健康保険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	
-----	--