

受付番号	No.	決 定 証 印				
給付決定日		常務理事	事務長	MGR	MGR	係
支給額	¥					

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書 (海外用)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	保険証	記号 番号	事業所 個所	TEL	所属 長印	
	傷病名		発病又は 負傷の年月日	令和 年 月 日 (負傷の場合は 時頃)		
	発病又は 負傷の原因		傷病の経過	<input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 加療中 <input type="checkbox"/> 中止		
	受診時の状況	<input type="checkbox"/> 海外在住 <input type="checkbox"/> 添乗中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 個人旅行中				
	診療を受けた 病医院の	名称		所在地		
	診療に従事 した医師の	氏名		住所		
	診療の内容					
	診療の期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間	診療に要し た費用の額 (支払った通 貨による)	_____	
	診療を受 けた国名					
	第三者の行為 によって負傷 したもので あるか否か	<input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> ない	第三者の 行為によ って負傷 したとき は	その事実の届出の有無	<input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> ない	
			加害者の氏名と住所 (不明のときはその旨)			
被扶養者に関する 請求のとき	氏名		生年 月日	昭 平 令	年 月 日	年 齡

上記のとおり 被保険者 被扶養者 療養費を請求します

令和 年 月 日

被保険者氏名

ジェイティービー健康保険組合理事長殿

受付日付印

注：1. 必要により による選択をしてください。

2. 様式A、Bの記入がない場合は、それにかわるものを添付して下さい。