

提出先	健保組合
添付書類等	<input checked="" type="checkbox"/> 診療内容明細書 <input checked="" type="checkbox"/> 領収書（原本） <input checked="" type="checkbox"/> 翻訳

		受付担当

PayPayカード健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

海外用

被保険者 療養費支給申請書  
家族

下記のとおり申請いたします。

注意事項

※ ※ 領収書・証明書を添付する場合は、診療又は手当を受けた方の氏名が記載されているものを添付してください。

被保険者が記入する欄	被保険者証 記号・番号	5 9 -	事業所名 所属部署	PayPayカード株式会社				
	被保険者氏名	(刀ガナ)	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	被保険者住所	〒						
	傷病名		発病または 負傷年月日	令和	年	月	日	
	発病の状態または 負傷の原因		第三者行為に よるものですか	はい・いいえ				
	診療または手当を 受けた医療機関の	名称						
		所在地						
	診療または 手当の内容		業務上または 通勤途上の 傷病ですか	はい いいえ	治療目的の 渡航ですか	はい いいえ		
	診療又は手当を 受けた期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間	入院期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日			
	診療に要した費用 (領収書原本を添付)	金額 (現地通貨で記入)				通貨単位		
	療養の給付もしくは家族療養費 の給付が受けられなかった理由	<input type="checkbox"/> 海外派遣先で診療を受けたため <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 海外旅行中に診療を受けたため ( )						
	被扶養者に関する 申請のときはその者の	氏名	生年 月日	昭和 平成 令和	年	月	日	被保険者 との続柄
	振込希望口座 (被保険者名 義)	金融機関名	支店名		普通預金口座番号			

※給付金に関する受領を代理人に委任する（被保険者名義以外の口座に振り込みを希望される）場合に記入してください。

委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日		振込希望口座	金融機関名	銀行
	被保険者	住所		支店名	本店 支店
		氏名		普通預金 口座番号	
	受取代理人	住所		刀ガナ	
		氏名		口座名義	
	委任者と代理人との関係				

受付日付印