

提出先	健保組合
添付書類等	■診療内容明細書 ■領収書（原本） ■翻訳

		受付担当

PayPayカード健康保険組合 理事長 殿

令和〇〇年△△月□□日

海外用

被保険者
家族療養費支給申請書

下記のとおり申請いたします。

注意事項

※ ※ 領収書・証明書は、診療又は手当を受けた方の氏名が記載されるときは、医療費を立て替えたときを参照してください。

被保険者が記入する欄	被保険者証 記号・番号	5 9 X X - X X X X X	事業所名 所属部署	PayPayカード株式会社 営業部						
	被保険者氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	昭和 平成 令和	58 年 7 月 8 日					
	被保険者住所	〒△△△-□□□ 福岡県福岡市博多区〇〇町〇丁目△△番□□号								
	傷病名	感冒	発病または 負傷年月日	令和〇〇年△△月□□日						
	発病の状態または 負傷の原因	発熱・咳がひどかったので受診			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	△〇△〇HOSPITAL								
	診療または手当を 受けた医療機関の 所在地	診療内容明細に記載されている名称・所在地を記入								
	診療または 手当の内容	診察・飲み薬の処方		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 令和〇〇年 11 月 3 日 至 令和〇〇年 11 月 3 日	1 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 checked="" 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	健保 花子	生年 月日	昭和 平成 令和	60年 12 月 5 日		被保険者 との続柄	妻		
	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					
	□□ 銀行	△△ 本店 支店		1	2	3	4	5	6	7

※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		金融 機関名	銀行							
	被保険者	住所	支店名		本店 支店						
		氏名									
	受取代理人	住所	フリガナ		普通預金 口座番号						
		フリガナ	氏名		フリガナ 口座名義						
委任者と代理人との関係											

受付日付印