2025 年 12 月 10 日

りそな健康保険組合 御中

☑ 本人(被保険者)
☐ 家族(被扶養者)

療養費支給申請書

被保険者 記号	4010	(フリガナ)	リソナ タロウ
被保険者 番号	12345	被保険者名(申請者名) ＜自署＞	りそな 太郎
事業所の名称	りそな バンコック駐在員事務所	銀行(又は会社名) 支店(部)	(℡) 内線
総務担当役職者氏名および連絡先	りそな銀行大阪人事サービスセンター 田中 電話 ― ― (内線 XXXX)		
療養を受けた方	氏名 りそな 太郎 (1970 年 1 月 23 日生)	被保険者との続柄 「子」の場合は長男、次男等を記入	本人
傷病名	虫歯		
傷病の原因と経過 (できるだけ詳しく)	できるだけ詳しく記入してください 交通事故、喧嘩等(第三者の行為)、または業務上による傷病ですか。 (はい ・ いいえ)		
診療を受けた医療機関 名称	○○○○ DENTAL CLINIC	担当	XXXX XXXX
診療を受けた医療機関 所在地	○○○○,Bangkok12345		
診療期間	2021 年 8 月 10 日より 2021 年 8 月 20 日まで 3 日間		
症状の概要	担当医が記入した「診療内容明細書」の日本語訳を記入してください。 「診療内容明細書」を日本語訳で記入してください		
処方・手術など処置の概要	担当医が記入した「診療内容明細書」の日本語訳を記入してください。 「診療内容明細書」を日本語訳で記入してください		
診療に要した費用の額	現地通貨でご記入ください。 (通貨)	【健保使用欄】 日本円換算	円

医療機関別、月別に1枚作成してください

- **現地医療機関発行の領収書(原本)を必ず添付してください。**
  支払方法によっては領収書が発行されない場合があるのでご注意ください。
- 傷病名等は日本語で記入してください。
- 診療費用の支払日から2年を経過した場合、療養費は支給できません。
- 各月毎、各医療機関毎、入院・通院毎に申請書が必要です。

記入不要

領収書(原本)がない場合、療養費の支給はできません

【健保使用欄】

常務理事	検印	係	被扶養者資格確認

支給決定日		
支給期間		年 月 日より 年 月 日まで
支給決定額		円
内訳	療養費	円
	高額療養費	円
	還元金・付加金	円

(海外勤務者用)