年　　月　　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		（フリガナ）	
被保険者 番号		被保険者名（申請者名）＜自署＞	
事業所の名称	銀行（又は会社名）　（℡　　） 支店（部）　　内線		
療養を受けた方	氏名 （　　年　　月　　日生　）	被保険者との続柄	「子」の場合は長男、次男等を記入
傷病名			
傷病の原因と経過（できるだけ詳しく）	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 国名		担当医	
診療を受けた医療機関 名称			
診療を受けた医療機関 所在地			
診療期間	年　月　日より　年　月　日まで　日間		
海外で受診した理由（できるだけ詳しく）			
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。		
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

● **添付書類**　・現地医療機関発行の領収書（原本）　・診療内容明細書・領収明細書
・渡航が確認できる書類　・調査に関わる同意書

● 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。
● 申請内容によって上記添付書類以外の資料をご提出いただく場合がありますのでご了承ください。
● 海外勤務者（海外出張中に受診された被保険者を含む）の方が申請される場合は「海外勤務者用」（別書式）をご使用ください。

【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

（海外用）