被保険者 / 家　族 療養費支給申請書(海外)

被保険者が記入するところ	①被保険者証の記号・番号	(ｱ)記号	000	(ｲ)番号	0000	②生年月日	昭和 平成 令和 〇〇年〇月〇日（〇〇歳）
	③被保険者の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ケンポ　タロウ 健保　太郎				④被保険者の住所	〒000－0000 〇〇県〇〇市〇〇町1－1 電話　000（000 ）0000
	⑤事業所の名称（会社名）	株式会社〇〇〇〇				⑥所属部署	総務部
	⑦申請が被扶養者に関するときはその者の	(ｱ)氏名	被保険者との続柄（　　）			(ｲ)生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日（　歳）
	⑧傷病名	風邪				⑨発病又は負傷の年月日	〇〇年〇〇月〇〇日 (負傷の場合は　：　時頃)
	⑩発病又は負傷の原因及びその経過	発熱と腹痛があり、病院に行った。				⑪第三者の行為によるものですか	はい　・　いいえ
	⑫診療を受けた病院等	(ｱ)名称	〇〇〇〇 医師の氏名（〇〇　〇〇）			(ｲ)所在地	〇〇〇〇〇〇〇
	⑬診療の期間	自 〇年〇月〇日 至 〇年〇月〇日	〇日間			⑮入院・入院外	⑯診療に要した費用の額　〇〇〇〇〇円
	⑭装具装着日	年　月　日					
	⑰診療の内容	点滴、投薬					

□　**マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑　利用しない場合は下記の欄を記入。）**

注）口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

⑱振込先	〇〇　銀行 〇〇支　店	受取人	預金種目	1．普通 2．当座	フリガナ　ケンポ　タロウ 口座名義　健保　太郎
			口座番号	0 0 0 0 0 0 0	

被保険者名義以外の口座に振込を希望される場合にご記入下さい

受付日付印

⑲委任状	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 年　月　日 住　所 〒 被保険者の 氏　名		
	代理人の氏名 (ﾌﾘｶﾞﾅ)	委任者と代理人との関係	
	代理人の住所 〒　電話　（　）		

給付金の受領を委任する場合は、被保険者・代理人それぞれが記入して下さい。
同一筆跡は不可といたします。

※本書に記入していただいた個人情報については適切に取り扱い、目的外には利用しません。

上記の通り申請します。
コスモスイニシアグループ健康保険組合が医療機関等に対して療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会を行うことまた当該医療機関が内容照会の回答をすることに同意します。

令和　〇〇年　〇〇月　〇〇日　　（被保険者氏名）　健保　太郎

（TEL）　〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇