

※支給決議書	資格取得日	年 月 日	伺い	年 月 日	常務理事	事務長	担当者
	資格喪失日	年 月 日	決済	年 月 日			
	被扶養者資格	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	要した費用の額 ¥		支給額	円	

※上、支給決議書は健保記入欄につき、記入しないでください。

健康保険 被保険者 家族 海外療養費 支給申請書 医療機関や医師名なども日本語 (カタカナ等) で記載してください。

エム・オー・エー健康保険組合理事長殿 次の通り申請します。(申請日) 令和 年 月 日

申請者	フリガナ				年齢				被保険者等記号・番号		
	氏名				年齢				—		
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		申請者住所	〒 —						
	日中の連絡先	( )									
申請内容	受診者氏名			年齢	生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日				
	傷病名				発病または負傷年月日		令和 年 月 日				
	発病の原因及び経過(詳しく)	※ 負傷(ケガ)の場合は負傷原因届を併せて提出ください。									
	診療を受けた医療機関等の	名称		所在地			診療した医師等の氏名				
		国名( )									
	診療を受けた期間	令和 年 月 日 から 年 月 日		日数		日					
	上記の期間に入院していた場合は、その「期間	令和 年 月 日 から 年 月 日		日数		日					
要した費用の額				通貨単位:			(例:アメリカドル)				
振込先口座	金融機関名	銀行・信金 信組・協組・他		本店 支店		※申請者以外の口座を指定する場合は 下欄で受取代理人へ委任が必要です					
	口座 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	番号(左詰め)		名義(カタカナで記入)							
受取代理人	委任者(申請者)	本申請に基づく給付金の受領を下記の代理人に委任します 令和 年 月 日						/受付日付印\			
		氏名									
	被委任者(代理人)	〒 — 住所		電話 ( )		氏名					