

海外 療養費・家族療養費 支給申請書

常務理事	事務長	担当者	担当者

被保険者(本人)の 記号 _____ 番号 _____ 氏名 _____

申請対象者 氏名		本人と の続柄		生年 月日	昭和 平成 令和	年	月	日					
傷病名				発病又は負傷の 年月日	令和	年	月	日					
発病または 負傷の原因													
傷病の経過													
医療を受けた医 療機関の名称・ 所在地・医師名	名称			所在地 及び 電話番号									
	氏名												
診療又は手当 の内容	入院期間				自	令和	年	月	日				
					至	令和	年	月	日				
	コルセット装着日					令和	年	月	日				
診療又は手当 を受けた期間	自	令和	年	月	日	至	令和	年	月	日	日間	診療又は手当 に要した費用	現地通貨 通貨単位
療養の給付を 受けられな かった理由													
第三者の行為 による負傷で ある時	その事実と 届出の有無	加害者の氏名											
		加害者の住所											

*この申請書には「診療内容明細書」・「領収証」・各書類の「翻訳」・「続紙」を添付して下さい。
上記のとおり支給申請します。

住 所 _____

令和 年 月 日 支給申請者

氏 名 _____

川崎汽船健康保険組合 理事長殿

組 合 使 用 欄	支給期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで							日間
	支給決定金額	円		給付金 支払日	令和 年 月 日				

受付日付印