

(Form 1)

健康保険 海外療養費支給申請書

被保険者の記号・番号	記号	番号			
被保険者氏名	印				
被保険者生年月日	年 月 日				
被保険者住所 及び電話番号	〒 ー TEL ()				
事業所名称					
受診者氏名		続柄			
受診者生年月日	年 月 日				
療養費の種類	海外療養費				
傷病名及び傷病の経過					
発病の原因及び 発病年月日	年 月 日				
診療を受けた 国名及び支払通貨名	国名)	通貨名)			
診療又は手当の期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで 日間				
振込希望金融機関 (カナで記入して下さい)	金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義
	銀行 信金 信組 農協	支店	1 普通 2 当座	

P & Gグループ健康保険組合