

健保記入欄	資	得	年	月	日
	格	喪	年	月	日

J-オイルミルズ健康保険組合 理事長 殿

※注意事項:すべて和暦で記入

健康保険 海外療養費等支給申請書

- 被保険者
 被扶養者

申請日
令和 年 月 日

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号 番号	被保険者 の氏名	⑩	生年 月日	昭 平	令 年 月 日	
	事業所の名称				日中の連絡先			
	被扶養者に関する申請のとき	被扶養者 の氏名			生年 月日	昭 平	令 年 月 日	
	傷病名				発病又は負傷した日	昭 平	令 年 月 日	
	発病又は負傷の 原因およびその 経過				第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
	診療を受けた 病院等	名称				診療した医師の名前		
		所在地	〒					
	診療の期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			日間	診療に要した費用の額 円		
	診療の内容				療養の給付を 受けることが できなかった理由			
	<在職期間中に被保険者が申請する場合、本欄への記入をお願いします。> 令和 年 月 日 本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 住所 〒 _____ 氏名 _____ ⑩ 氏名を自署した場合は、押印不要です。							

受 取 代 理 人 の 欄	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日					
	被保険者 (請求者)	住所 〒	_____			
	氏名	_____ ⑩				
代理人の氏名と印	フリガナ	_____ ⑩				委任者と代理人との関係
代理人の住所 〒	_____					

支 払 金 融 機 関 欄	振込金融機関名	銀行・信用金庫・その他	
	本・支店名	支店・本店・その他	
	預金種別	普通	口座番号
	口座名義人氏名	フリガナ	
	口座名義人氏名	_____	

受付日付印

社会保険労務士 提出代行者の印	_____
--------------------	-------