

添付書類：診療内容明細書、領収書、領収明細書、海外療養費の給付に関する同意書、日本語訳を添付してください。  
※一ヶ月ごと、医療機関別、入院・外来別に、1枚ずつ記入してください。

海外・立替

## 療養費支給申請書（令和 年 月分）

本人・家族  
6未・高7・高8

被保険者証 記号・番号	—	事業所名称 所在地	
療養等を受けた方	生年月日：昭和・平成・令和 年 月 日		被保険者との続柄
傷病名		発病または 負傷日	令和 年 月 日
外傷の有無 負傷の原因	●外傷の有無 ・外傷 ・外傷ではない ●負傷した場所 ・職場 ・路上 ・自宅 ・その他（ ） ●業務区分 ・業務中 ・業務休憩中 ・通退勤途中 ・私用中 ●何をしているとき（ ） ●負傷に至った状況（ ）		
療養等を受けた 医療機関等	名称		
	所在地		
	電話	— —	医師氏名
診療等の期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日（ 日間）		
診療等の内容		第三者行為に よるものですか	はい ・ いいえ
保険診療を受けられ なかった理由	療養を受けた方の資格取得日または、扶養認定日：令和 年 月 日		
振込先口座 <small>（被保険者名義で日本 国内のもの）</small>	銀行・金庫 農協・信組		支店 出張所
	普通 当座	口座番号	フリガナ 口座名義人
上記のとおり申請します。 カルビー健康保険組合理事長様 令和 年 月 日 〒 - 住所 被保険者 氏名 TEL - -			

※負傷の原因が第三者行為によるもの場合は、別途届出が必要となります。

カルビー健康保険組合

被保険者以外の方が受領する場合のみ、下記委任状をご記入ください。

委任状	本請求の給付金に関する受療を、下記代理人に委任します。 令和 年 月 日 住所 被保険者 氏名 (印)
	〒 - - 住所 受取代理人 氏名 (印) TEL - -