

算出の基礎	
支給額	円
支給期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間

支給支払決議書				
	常務理事			担当者
資格取得		年 月 日		
資格喪失		年 月 日		
支払年月日		年 月 日		

被保険者
被扶養者 療養費支給申請書

(海外立替) (第 回目)

被保険者証の 記号・番号	(記号) 1 (番号) 100001	事業所の 名称 Umios株式会社 所在地 東京都港区高輪2-21-2
傷病名	虫歯	発病又は負傷 の年月日 不明
発病又は 負傷の原因	診療を受けた海外の病院の名称・所在地・医師	
傷病の経過		
診療又は手当 を受けた医療機関の 名称・所在地及び 医師の氏名	名称 氏名	所在地 東京都港区〇〇〇〇〇 電話番号 電話 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇
診療又は 手当の内容	右膝用装具	入院期間 自 年 月 日 至 年 月 日 領収書の日付 年 月 日
診療又は手当 を受けた期間	自 令和 8年 5月 25日 至 令和 8年 6月 25日 5日間	診療又は手当に 要した費用の額 金 6,170円 円也
被扶養者に 関する申請の時	氏 名 健 保 花 子 生年 昭和 51年4月3日 月 日 平成 令 和	続柄 妻
資格喪失者の場合 の振込先	銀行 支店 普通・当座 NO	医師の証明書と領収書を添付
上記のとおり申請します。 令和 8年 6月 28日 被保険者の 住所 東京都港区〇〇〇〇〇 氏名 健 保 太 郎 Umios健康保険組合理事長殿		

※ 輸血及びコルセット等の治療用装具に関する申請のときは、「医師の証明書」と費用の「領収書」を添付してください。