

| | | | | | | | |
|-------|------|-------|------|-----|----|----|--|
| | 付加給付 | 有 ・ 無 | 常務理事 | 事務長 | 会計 | 扱者 | |
| 支給決定額 | 円 | | | | | | |

野村證券健康保険組合理事長殿

海外療養費支給申請書

| | | | | | | | | |
|------------------------|--------------------|----|--------------|---|---------------|----------------------|-------------|---|
| 被保険者等 記号・番号 | 記号 | | | | | | | |
| | 番号 | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | | | | 生年月日 | 昭和 平成 | 年 月 日 |
| 被保険者の住所 | 〒 | | | | | | 電話番号 () | |
| 所属会社 部店名 | | | | | | | 内線番号□ | |
| 社内e-mailアドレス | | | | | | | | |
| 療養が被扶養者に関 するときはその方の | 氏名 | | | | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 月 日 | 続柄 |
| 傷病名 | | | | | | 発病又は 負傷の年月日 | 平成 令和 | 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 | | | | | | | |
| | 所在地 | | | | | | | |
| 診療の期間 | 自 年 月 日 至 年 月 日 | 日間 | 入院・入院 外の別 | <input type="checkbox"/> 入院外 <input type="checkbox"/> 入院 | 入院の場合 入院期間 | 自 年 月 日 至 年 月 日 | | |
| 診療に要した 費用について | 通貨 | | | | 金額 | | | |
| 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 | | |
| | | | | | | | | |

野村證券健康保険組合が医療機関等に対して、療養が行われた事実の有無や療養等の内容照会を行うことに同意します。

被保険者氏名 _____

| | | | | |
|------------------------|----------|----------|--------------|-----------|
| 振込先 (被保険者 名義の口座) | 銀行コード | 銀行 信金 | 支店コード | 支店 出張所 |
| | | | | |
| | 普通 当座 | 口座番号 | フリガナ 口座氏名 | |

＜添付書類＞

- ・やむを得ず海外で受診したとき
- ・診療内容明細書および領収明細書(所定用紙)、日本語訳
- ・領収書(原本)、日本語訳
- ・パスポートの写し(氏名の頁、渡航先出入国の押印頁)