

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

Enter the symbol and
number described in the
"Notice of Credentials"

海外療養費支給申込書

Health Insurance Symbol/Number						
被保険者等 記号・番号	記号	3	3	○	×	
番号	1	1	1	×	×	name() ×
Name of Insured Person	村 郎					Birth
被保険者氏名						生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日
Address of Insured Person	市 町 - -					Telephone Number 電話番号 0 - - - - -
被保険者の住所						Extension number 内線番号 8 - - -
所属会 部店名	野村證券(株) 文店					
社内e-mailアドレス	marumura-1234@jp.nomura.com					
Applied person's name(If expense is for them) 療養が被扶養者に関するときはその方の	生年 月日	昭和 平成 令和	Birth Date 年 月 日	Relationship 続柄		
傷病名	急性 <small>病</small> Name of Illness or Injury			発病又は 負傷の年月日 令和 年 月 日	Date of Illness or Injury 年 月 日	
発病又は負傷の原因 およびその経過	発 Cause of Illness or injury(Where,How)			第三者行為によ るものですか	いいえ はい	
診療を受けた 病院等	名称	Hospital				Treating Hospital Name & Address
	所在地	× ×, Blvd, Honolulu, Hawaii, USA				
診療の期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日間	入院・入院 外の別	入院外 入院	入院の場合 入院期間	自 年 月 日 至 年 月 日
に要した 費用について	通貨 Currency	US ドル	金額 Cost	\$300	国名 Country	アメリカ
療の内容	検査、投薬					療養の給付を受けることができなかった理由 海外旅行中のため
I agree that Nomura Health Insurance Association may reach out to the medical institution to verify treatment and information						
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。						
Name of Insured Person and Seal or Signature * Please read the information and then sign.		被保険者氏名 村 郎				
Health-insurance benefit payee		Ban	銀行 信金	Branch		
振込先 (被保険者 名義の口座)	普通 当座	口座番号 Account	123	支店 出張所	支店 出張所	
				フリガナ マルムラ マルロウ		
				口座氏名 村 郎	Bank account name	

<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)

① Caused by a Third-party ?

Circle one Yes : はい, No : いいえ

② Treating Period (Period of Provision), Number of days

③ Check one

Hospitalization : 入院, Non-Hospitalization : 入院以外

④ In the case of hospitalization / Hospitalization period

⑤ Amount of Treatment Expenses

⑥ Medical treatment details

⑦ Reasons it was not possible to receive medical care benefits

⑧ Documents to attach

• If you had no choice but to have an examination overseas:

- The attending physician's statement and an itemized receipt (the designated form), Japanese translation
- The receipt (original), Japanese translation
- A copy of your passport (the name page and country entry and exit stamp page)