海　外　用

決 議 No.	常務理事	事務長	係

受付	年　月　日	決裁	平成　年　月　日	支払	平成　年　月　日

支給額	円	被扶養者	照合者印	資格	得	昭和 平成　年　月　日	任継資格	得	平成　年　月　日
					喪	平成　年　月　日		喪	平成　年　月　日

給付区分	療　養　費	負担割合	1. 一般　2. 就学前　3. 高齢1割　4. 高齢2割　5. 高齢3割	対象月年齢	歳
計算基礎					

健康保険　被保険者
家　族　療養費支給申請書

被保険者が記入するところ

被保険者証の記号・番号	記号		被保険者の勤務する事業所の名称	
	番号			
被保険者の氏名・印	(フリガナ) ※自書された場合、捺印は不要です　㊞		生年月日	昭和 平成　年　月　日
被保険者の住所	〒　　TEL			
療養が被扶養者に関するときはその者の	氏名		生年月日	昭和 平成　年　月　日
	被保険者との続柄			
傷病名			発病または負傷年月日	平成　年　月　日
発病または負傷の原因	□通勤途上災害　□業務上災害　□第三者の行為によるもの　□その他（　　）			
負傷の原因が第三者の行為によるものであるときは第三者の住所・氏名				
診療を受けた病院等	名称			
	所在地			
受けた療養に対する病院等への支払額	支払額		支払年月日	平成　年　月　日
	通貨		国名	
入院・通院の区分	入院・通院	診療期間	平成　年　月　日 ～ 平成　年　月　日	日間
日本国内で受診できなかった理由（該当にレ印）	□①出向中（家族帯同含む）	□②出張中	□③その他（　　） ←	③その他の場合…パスポート（氏名の頁、滞在国の入出国あるいは出国の押印が確認できる頁）の写し
同意欄	TOTO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行われた療養等の内容照会を行うこと、また当該医療機関等が内容照会の回答をすることに同意します。（自書された場合、捺印は不要です）			
	平成　年　月　日　被保険者氏名　㊞			

※添付書類

・診療内容明細書（歯科の場合は歯科診療内容明細書）・領収明細書・領収書(すべて原本)を添付してください。

・診療内容明細書（歯科診療内容明細書）・領収明細書・領収書は入院・外来別および診療月ごとに各１枚必要です。

・外国語で記載されている場合は翻訳文の添付が必要です。翻訳者の住所・氏名を明記してください。