

被保険者  
被扶養者

# 海外療養費支給申請書

※申請書は自署でご記入ください。自署でない場合は押印が必要です。

被保険者記号・番号	記号	番号	事業所の名称
療養者が被扶養者の場合	氏名	続柄	被扶養者の生年月日 (和暦) 年 月 日
傷病名			発病もしくは 負傷の年月日 平成・令和 年 月 日
発病もしくは 負傷の原因	※第三者の行為(交通事故等)によるものか。 はい ・ いいえ (いずれかに○)		
傷病の経過			
療養費を申請すること になった理由			
支払金額			
旅行先	場所	旅行目的	
	旅行期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで (発) (着) 日間	
添付書類の翻訳者	氏名		
	住所	〒 - TEL ( )	
振込希望銀行 (被保険者名義)	銀行 支店 普通・当座 口座番号:		
	口座名義(カタカナ):		
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 〒 - 住所 被保険者 オリックスグループ健康保険組合理事長 殿 氏名			

委任状	私は、令和 年 月 日	を代理人と定め、次の権限を委任する。 日請求した海外療養費うち、金 円也の受領に関すること。
	令和 年 月 日	被保険者 住所 氏名 印
		代理人 住所 氏名 印
	振込希望銀行	銀行 支店 普通・当座 口座番号: 口座名義:

※被保険者本人が署名する場合は、被保険者の押印は不要です。  
※「診療内容明細書」及び「領収明細書」「翻訳文」を添付のこと。

<健保組合処理欄>

常務理事	事務長	担当

<受付印>

## 【領収書貼付台紙】

※申請に係る**全て**の領収書をこちらの台紙に月毎/日付順に貼付してご提出下さい。  
(裏面にも貼付可・1枚で収まらない場合は別紙を使用し、糊付けして下さい。)

健康保険証記号・番号	被保険者氏名	受診者氏名
—		

---

< 健康保険組合処理欄 >

< 受付印 >

常務理事	事務長	担当	

(別紙)