

常務理事	事務長	職員

アルファ健康保険組合 理事長 殿

健康保険 被保険者 海外療養費支給申請書					
被保険者証の記号番号			生年月日	昭和	年 月 日
被保険者の氏名	フリガナ		名称		
			所在地		
被保険者の住所	〒				
被扶養者が療養を受けた場合	被扶養者の氏名	フリガナ	昭和	年 月 日	
傷病名			発病、負傷年月日(療養開始日)		
			年 月 日		
発病の原因および経過			第三者の行為によるものですか		
			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は、「第三者の行為による傷病届」を提出してください		
診療を受けた病院等の	名称		所在地		診療医の氏名
診療の期間(支給期間)			入院した場合、入院期間		
自	年	月 日	日数	自	年 月 日 日数
至	年	月 日	日	至	年 月 日 日
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		診療に要した費用の額
支払金融機関			<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所
	銀行コード		支店コード		口座番号
	口座名義(カナ)				

受付日付印