

海外 療 養 費 請求書 第二家族療養費

被 保 險 者 記 入 欄	下記により請求します。					
	令和 年 月 日					
	請求者住所					
	請求者氏名					
	KOA健康保険組合理事長 殿					
	被保険者証の 記号と番号	記号		番号		所属名
	被扶養者が受診したときはその氏名				生年月日	年 月 日
	傷病名				発病又は負傷の年月日	年 月 日 (負傷の場合は 時頃)
発病又は負傷の原因及びその経過						
診療の内容						
診療の期間	年 月 日 日間	年 月 日	日間	診療を受けた 国 名		
診療に要した費用	通貨の名称			金額 (外貨で記入)		
健康 保 險 組 合 記 入 欄	受付年月日	令和 年 月 日	決定年月日	令和 年 月 日		
	支給決定金額		円	支払年月日	令和 年 月 日	
	常務理事	事務長	担当者			

