

被保険者
家族

療養費支給申請書

1 2 3 4 5
添付書類は別紙「療養費支給申請書」についてご確認ください。また別途添付書類をお願いすることがございます。ご理解とご協力の程お願い致します。
被保険者証の記号番号を記入した場合、マイナンバーの記載は不用です。
海外で療養を受けた場合、医師の証明・領収書及び添付書類が外国語で作成されている時は、**邦訳を添付ください**。
給付金の受領方は原則として事業所振込となりますので、「委任欄」に署名・捺印をお願いします。
（翻訳者の氏名・住所の記載のあるもの）

被保険者情報	記号	番号				
	氏名	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	自宅住所	〒	—	電話番号(日中の連絡先) ()		
	事業所名					

申請内容	氏名	生年月日	昭和・平成 令和	年	月	日
	傷病名					
	発病の原因及び経過(詳しく)	・病気 ⇒ (いつ頃から) 平成・令和 年 月 日 午前・午後 時頃 (どのような症状で) (どうなったか)				
		・ケガ ⇒ 負傷原因届を併せてご提出ください。				
	医療機関名	住所				
	診療の期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	診療に要した費用の額	円	
	渡航目的					
	療養の給付が受けられなかった理由					
	第三者行為による負傷で	ある・ない	ある時はその届出	届出済・未届		
			第三者の氏名 ()	・不明		

同意欄	私が申請する当保険給付について、石油製品販売健康保険組合がその支給決定に際する調査の為に、医療機関等の関係機関に照会することを同意致します。 被保険者氏名 _____ (印)
-----	--

委任欄	本請求金額の受領を 住所 _____ 会社 _____ (印) に委任する。 令和 年 月 日 被保険者氏名 _____ (印)
-----	--

受付印

社会保険労務士の提出代行者印

備考欄

健康保険

負傷原因届

お怪我が原因で受診された場合、必要事項を記載いただき
石油健保まで送付をお願い致します。

被保険者情報

記号		番号	
氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日
自宅住所		電話番号(日中の連絡先) ()	
事業所名		所在地	

負傷した方

氏名		被保険者との 続柄	
傷病名 (負傷した部位)		負傷日時	平成 令和 年 月 日 時頃
負傷した時間帯 (状況)	勤務時間中・勤務日の休憩中・出張中・私用中・その他() 通勤途中(出勤・退勤)⇒(寄り道等有・寄り道等無し)		
負傷場所	会社内・路上・駅構内・自宅・その他()		
該当するものは ありますか。	交通事故・暴力(ケンカ)・スポーツ中(職場行事・職場行事以外) 動物による負傷(飼い主有・無)・該当なし		
負傷した時の状況 を具体的にご記入 下さい。			

令和 年 月 日、上記のとおり届出いたします。

受付印

※交通事故や相手がいる場合は、別途届出が必要となりますので、

石油健保・給付課(03-3265-3306)までご連絡ください。

同意書 Letter of Consent

石油製品販売健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）は、石油製品販売健康保険組合の職員又は石油製品販売健康保険組合が委託した事業者が、海外療養費申請書類にある事実（療養行為を行った日時、場所、療養内容）を確認するため、申請書類の提供等によって、療養行為を行った者に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

To: Petroleum Products Sales Health Insurance Association

I (patient who has received treatment) authorize Petroleum Products Sales Health Insurance Association or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment, place, and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms.

(患者氏名/Name of patient) _____ / _____

(住所/Address) _____

(生年月日/date of birth) _____ 年 _____ 月 _____ 日/Year _____ Month _____ Day _____

署名欄 Signature

署名は、治療を受けた本人が行って下さい。なお、次の場合は、親権者（本人が未成年の場合）、成年後見人（本人が成年被後見人の場合）、法定相続人（本人が死亡している場合）が署名して下さい。

Insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

(署名日/date of Signature) _____ 年 _____ 月 _____ 日/Year _____ Month _____ Day _____

(氏名/Signature) _____ / _____

(住所/Address) _____

(生年月日/date of birth) _____ 年 _____ 月 _____ 日/Year _____ Month _____ Day _____

(患者との関係/Relation to the insured) :

本人/Self ・ 親権者/Guardian ・ 法定相続人/Heir ・ その他/Other (_____)

※患者氏名及び署名欄氏名は、日本語及び英語で記入して下さい。

※海外に居住している場合は、国名まで全て省略せず記入して下さい。

※国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状を求められた場合、所定の書類に必要事項を記載いただく場合があります。

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.
この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
2. This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Attending Physician's Statement
診療内容明細書

Form A

様式A

1. Name of Patient (Last, First) Age (Date of birth) Sex (Male · Female)
患者名 年齢(生年月日) 性別
2. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Health Insurance. (Please refer to the table attached to this form.)
傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

(No.)
3. Date of first Diagnosis
初診日
4. Days of Diagnosis and Treatment
診療日数 days
5. Type of Treatment
治療の分類
 Hospitalization From / / to / / (days)
入院 自 / / 至 / / (日間)
 Outpatient or Home Visit / / . / /
入院外 / / . / /
6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)
症状の概要
7. Prescription, Operation and any other Treatments (in brief)
処方、手術その他の処置の概要
8. Was the treatment required as a result of an accidental injury? ———— Yes No
治療は事故の傷害によるものですか。
9. Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending Physician : Fill in Form B
医療機関、または担当医に支払った医療費の内訳：様式Bによる
10. Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所
Name Last(姓) First(名) Title(称号)
Address Home(自宅) Phone(電話)
 Office(病院または診療所) Phone
Date(日付) Signature(署名)

Attending Physician(担当医)
Reference Number of your Medical Record(if applicable)
診療録の番号

様式A 邦訳

2. 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

翻訳者

住所

氏名



電話

Request to Attending Physician

担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.
この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
2. This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Itemized Receipt 領収明細書

Form B

様式B

(1) Fee for Initial Office Visit	初 診	料 \$	
(2) Fee for Follow-up Office Visit	再 診	料 \$	
(3) Fee for Home Visit	往 診	料 \$	
(4) Fee for Hospital Visit	入 院 管 理	料 \$	
(5) Hospitalization	入 院	費 \$	
(6) Consultation	診 察	費 \$	
(7) Operation	手 術	費 \$	
(8) Professional Nursing	職 業 看 護 師	費 \$	
(9) X-Ray Examinations	X 線 検 査	費 \$	
(10) Laboratory Tests*	諸 検 査	費	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
(11) Medicines**	医 薬	費	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
(12) Surgical Dressing	包 帯	費 \$	
(13) Anesthetics	麻 酔	費 \$	
(14) Operating room Charge	手 術 室 費 用	\$	
(15) The Others(Specify)	そ の 他 (特 記 せ よ)		
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
(16) Total	合 計	\$	Unit is _____ 通貨単位

* Please fill in the content of the Laboratory Tests.
*諸検査の内容を記入してください。

** Please fill in the name and the amount of the prescription of an individual medicine.
**処方した個々の薬の名称と量を記入してください。

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment. i. e, payment for a luxurious room charge.
注意： 特別室料等、治療に直接関係ないものは除いてください。

Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

Name	Last(姓)	First(名)	Title(称号)
Address	Home(自宅)		Phone(電話)
	Office(病院または診療所)		Phone

Date(日付) _____ Signature(署名) _____
Attending Physician(担当医)

Reference Number of your Medical Record(if applicable)

診療録の番号 _____

様式B 邦訳

(10) 諸検査費の内訳(諸検査の内容)

(11) 医薬費の内訳(薬の名称、量)

(15) 特記事項

翻訳者

住所

氏名

電話

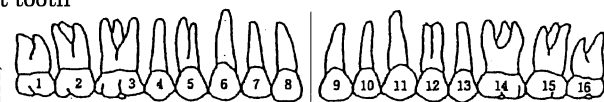
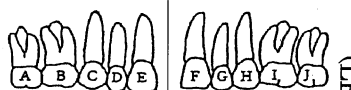
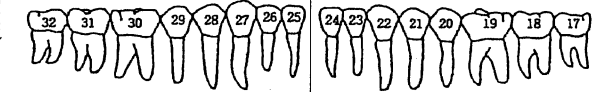
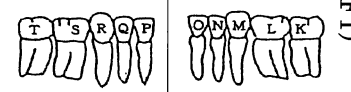


Request to Attending Physician
担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.
この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
2. This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Form C
様式C

Attending Dentist's Statement
歯科診療内容明細書

1. Name of Patient (Last, First) 患者名 _____	Age (Date of birth) 年齢(生年月日) _____	Sex (Male · Female) 性別 _____
2. Date of first Diagnosis 初診日 _____	3. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days	
Permanent tooth (Upper) (RIGHT)  (LEFT)		Primary tooth 
(Lower) (RIGHT)  (LEFT)		

Type of Treatment 治療の分類

Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Date			Fee 治療費
		MO.	DA.	YR.	
Initial Office Visit 初診料					
X-Ray Examination レントゲン検査					
Dental Pulp Extirpation 抜髄					
Operation 手術					
Extraction 抜歯					
Filling 充填					
Inlay インレー					
Metal Crown 金属冠					
Post Crown 継続歯					
Jacket Crown ジャケット冠					
Bridge Work ブリッジ					
Plate Denture 有床義歯					
Partial Denture 局部義歯					
Complete Denture 総義歯					
Treatment of Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏処置					
Medicine 投薬					
The Others その他					
Total 合計					

Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所

Name Last(姓) _____ First(名) _____ Title(称号) _____

Address Home(自宅) _____ Phone(電話) _____

Office(病院または診療所) _____ Phone _____

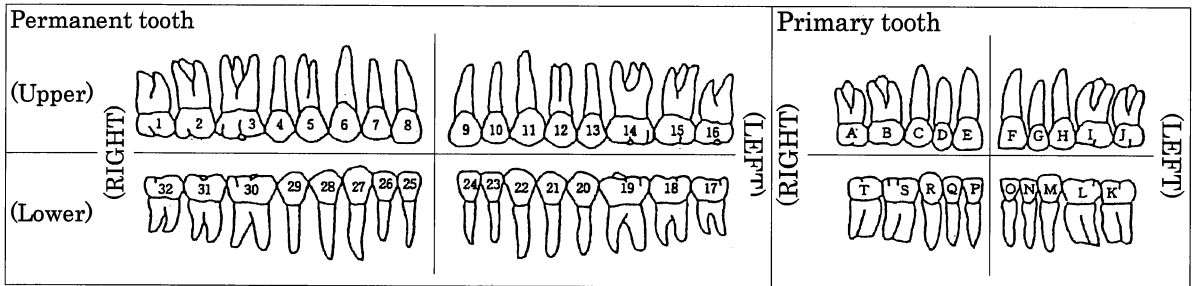
Date(日付) _____

Signature(署名) _____
Attending Physician(担当医)

Reference Number of your Medical Record(if applicable)

診療録の番号 _____

様式C 邦訳



治療の分類

歯科治療	患歯部位	日付			治療費
		月	日	年	
初診料					
レントゲン検査					
抜髄					
手術					
抜歯					
充填					
インレー					
金属冠					
継続歯					
ジャケット冠					
ブリッジ					
有床義歯 局部義歯 総義歯					
歯槽膿漏処置					
投薬					
その他					
合計					

翻訳者

住所

氏名

印

電話

Table of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance
健康保険用国際疾病分類表

I	Certain infectious and parasitic diseases 感染症及び寄生虫症	III	Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の傷害
0101	Intestinal infectious diseases 腸管感染症	0301	Anaemias 貧血
0102	Tuberculosis 結核	0302	Other diseases of blood and blood-forming organs and certain disorders of the immune mechanism その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の傷害
0103	Infections with a predominantly sexual mode of transmission 主として性的伝播様式をとる感染症	IV	Endocrine, nutritional and metabolic diseases 内分泌、栄養及び代謝疾患
0104	Viral infections characterized by skin and mucous membrane lesions 皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患	0401	Disorders of thyroid gland 甲状腺障害
0105	Viral hepatitis ウイルス肝炎	0402	Diabetes mellitus 糖尿病
0106	Other viral diseases その他のウイルス疾患	0403	Other diseases of endocrine, nutrition and metabolism その他の内分泌、栄養及び代謝疾患
0107	Mycoses 真菌症	V	Mental and behavioural disorders 精神及び行動の障害
0108	Sequelae of infectious and parasitic diseases 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症	0501	Vascular dementia and Unspecified dementia 血管性及び詳細不明の痴呆
0109	Other infectious and parasitic diseases その他の感染症及び寄生虫症	0502	Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use 精神作用物質使用による精神及び行動の障害
II	Neoplasms 新生物	0503	Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害
0201	Malignant neoplasm of stomach 胃の悪性新生物	0504	Mood [affective] disorders 気分[感情]障害(躁うつ病を含む)
0202	Malignant neoplasm of colon 結腸の悪性新生物	0505	Neurotic, stress-related and somatoform disorders 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害
0203	Malignant neoplasm of rectosigmoid junction and rectum 直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	0506	Mental retardation 知的障害(精神遅滞)
0204	Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts 肝及び肝内胆管の悪性新生物	0507	Other psychoses and disorders of action その他の精神及び行動の障害
0205	Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung 気管、気管支及び肺の悪性新生物	VI	Diseases of the nervous system 神経系の疾患
0206	Malignant neoplasm of breast 乳房の悪性新生物	0601	Parkinson's disease パーキンソン病
0207	Malignant neoplasm of uterus 子宮の悪性新生物	0602	Alzheimer's disease アルツハイマー病
0208	Malignant Lymphoma 悪性リンパ腫	0603	Epilepsy てんかん
0209	Leukaemia 白血病	0604	Cerebral palsy and other paralytic syndromes 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群
0210	Other Malignant neoplasms その他の悪性新生物	0605	Disorders of autonomic nervous system 自律神経系の障害
0211	Other benign neoplasms and other neoplasms 良性新生物及びその他の新生物	0606	Others その他の神経系の疾患

VII	Diseases of the eye and adnexa 眼及び付属器の疾患	X	Diseases of the respiratory system 呼吸器系の疾患
0701	Conjunctivitis 結膜炎	1001	Acute nasopharyngitis [common cold] 急性鼻咽頭炎 [かぜ] (感冒)
0702	Cataract 白内障	1002	Acute pharyngitis and tonsillitis 急性鼻咽頭炎及び急性扁桃炎
0703	Disorders of refraction and accommodation 屈折及び調節の障害	1003	Other acute upper respiratory infections その他の急性上気道感染症
0704	Other diseases of the eye and adnexa その他の眼及び付属器の疾患	1004	Pneumonia 肺炎
VIII	Diseases of the ear and mastoid process 耳及び乳様突起の疾患	1005	Acute bronchitis and bronchiolitis 急性気管支炎及び急性細気管支炎
0801	Otitis externa 外耳炎	1006	Vasomotor and allergic rhinitis アレルギー性鼻炎
0802	Other disorders of external ear その他の外耳疾患	1007	Chronic sinusitis 慢性副鼻腔炎
0803	Otitis media 中耳炎	1008	Bronchitis, not specified as acute or chronic 急性又は慢性と明示されない気管支炎
0804	Other diseases of middle ear and mastoid その他の中耳及び乳様突起の疾患	1009	Chronic obstructive pulmonary diseases 慢性閉塞性肺疾患
0805	Disorders of vestibular function メニエール病	1010	Asthma 喘息
0806	Other diseases of inner ear その他の内耳疾患	1011	Other diseases of respiratory system その他の呼吸器系の疾患
0807	Other disorders of ear その他の耳疾患	X I	Diseases of the digestive system 消化器系の疾患
IX	Diseases of the circulatory system 循環器系の疾患	1101	Dental caries う蝕
0901	Hypertensive diseases 高血圧性の疾患	1102	Gingivitis and periodontal diseases 歯肉炎及び歯周疾患
0902	Ischaemic heart diseases 虚血性心疾患	1103	Other disorders of teeth and supporting structures その他の歯及び歯の支持組織の障害
0903	Other forms of heart disease その他の心疾患	1104	Gastric and duodenal ulcer 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍
0904	Subarachnoid hemorrhage くも膜下出血	1105	Gastritis and duodenitis 胃炎及び十二指腸炎
0905	Intracerebral hemorrhage 脳内出血	1106	Alcoholic liver disease アルコール性肝疾患
0906	Occlusion of precerebral and Cerebral arteries 脳梗塞	1107	Chronic hepatitis, not elsewhere classified 慢性肝炎 (アルコール性のものを除く)
0907	Cerebral arteriosclerosis 脳動脈硬化 (症)	1108	Liver cirrhosis 肝硬変 (アルコール性のものを除く)
0908	Other cerebrovascular diseases その他の脳血管疾患	1109	Other disorders of liver その他の肝疾患
0909	Atherosclerosis 動脈硬化 (症)	1110	Cholelithiasis and cholecystitis 胆石症及び胆のう炎
0910	Haemorrhoids 痔核	1111	Diseases of pancreas 膵疾患
0911	Hypotension 低血圧症	1112	Other diseases of digestive system その他の消化器系の疾患
0912	Other disorders of circulatory system その他の循環器系の疾患		

X II Diseases of the skin and subcutaneous tissue
皮膚及び皮下組織の疾患

1201 Infections of the skin and subcutaneous tissue
皮膚及び皮下組織の感染症

1202 Dermatitis and eczema
皮膚及び湿疹

1203 Others
その他の皮膚及び皮下組織の疾患

X III Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue
筋骨格系及び結合組織の疾患

1301 Inflammatory polyarthropathies
炎症性多発性関節障害

1302 Arthrosis
関節症

1303 Spondylopathies
脊椎障害(脊椎症を含む)

1304 Intervertebral disc disorders
椎間板障害

1305 Cervicobrachial syndrome
頸腕症候群

1306 Low back pain and sciatica
腰痛症及び挫骨神経痛

1307 Other dorsopathies
その他の脊柱障害

1308 Shoulder lesions
肩の傷害(損傷)

1309 Disorders of bone density and structure
骨の密度及び構造の障害

1310 Other diseases of skeletal muscles and connective tissues
その他の筋骨格系及び結合組織の疾患

X IV Diseases of the genitourinary system
腎尿路性器系の疾患

1401 Glomerular diseases
糸球体疾患及び腎尿管間質性疾患

1402 Renal failure
腎不全

1403 Urolithiasis
尿路結石症

1404 Other diseases of urinary system
その他の尿路系の疾患

1405 Hyperplasia of prostate
前立腺肥大(症)

1406 Other diseases of male genital organs
その他の男性生殖器の疾患

1407 Menopausal and postmenopausal disorders
月経障害及び閉経周辺期障害

1408 Other disorders of breast and female genital organs
乳房及びその他の女性生殖器の疾患

X V Pregnancy, childbirth and the puerperium
妊娠、分娩及び産じょく

1501 Pregnancy with abortive outcome
流産

1502 Edema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium
妊娠高血圧症候群

※1503 Single spontaneous delivery
単胎自然分娩

1504 Others
その他の妊娠、分娩及び産じょく

X VI Certain conditions originating in the perinatal period
周産期に発生した病態

1601 Disorders related to pregnancy and fetal growth
妊娠及び胎児発育に関連する障害

1602 Others
その他の周産期に発生した病態

X VII Congenital Malformations, deformations and chromosomal abnormalities
先天奇形、変形及び染色体異常

1701 Congenital anomalies of heart
心臓の先天奇形

1702 Others
その他の先天奇形、変形及び染色体異常

X VIII Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの

1800 Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの

X IX Injury, poisoning and certain other consequences of external causes
損傷、中毒及びその他の外因の影響

1901 Fracture
骨折

1902 Intracranial damage and internal organ damage
頭蓋内損傷及び内臓の損傷

1903 Burns and corrosions
熱湯及び腐食

1904 Poisoning
中毒

1905 Others
その他の損傷及びその他の外因の影響

Important: No.1503 with asterisk is not covered by the social insurance.
1503番(※印)は健康保険は適用されません。

～ 加入者の皆様へ ～

1 海外療養費について

海外旅行中、赴任中に病気やケガなどによりやむを得ず現地の医療機関で診療等を受けた場合、申請により一部医療費の払い戻しを受けることができます。

支給対象となるのは、日本国内で診療を受けた場合に、健康保険の適用が受けられる治療等に限られ、下記の場合を除きます。

【支給対象とならないもの】

療養（治療）を目的で海外へ渡航し診療を受けた場合は、支給対象となりません。日本では実施できない診療（治療）を行った場合でも、保険給付の対象とはなりません。

海外療養費の支給対象となるのは、日本国内で保険診療として認められている医療行為に限られます。そのため、美容整形やインプラントなど、日本国内で保険適用となっていない治療行為や薬が使用された場合は、給付の対象にはなりません。

2 支給金額について

日本国内の医療機関等で、同じ傷病を治療した場合にかかる治療費を基準に計算した額（実際に海外で支払った額の方が低いときはその額）から自己負担限度額（患者負担分）を差し引いた額を支給します。

※日本と海外での医療体制や治療方法等が異なるため、海外で支払った医療費の総額から自己負担相当額を差し引いた額よりも、支給額が大幅に少なくなることがあります。

なお、外貨で支払われた医療費については、支給決定を行う日の外国為替換算率（売りレート）により円に換算し、支給額を決定します。

3 申請手続きについて

【申請手続きに必要な書類】

- ① 療養費支給申請書
- ② 様式 A（診療内容明細書）及び様式 B（領収明細書）
歯科診療の場合は、様式 C（歯科診療内容明細書）及び様式 B（領収明細書）
- ③ 領収書原本（邦訳を作成し添付）
- ④ 医療機関から発行されている診療に関わる書類すべて（邦訳を作成し添付）
- ⑤ 同意書
- ⑥ 渡航期間のわかるパスポートの写（その他の海外に渡航した事実の確認できる書類）

※様式 A、B、C 及び領収書など外国語で記載されているものはすべて別紙で邦訳を作成し、翻訳者の住所・氏名・連絡先を記載してください。

※様式 A、B、C ともに、各月ごと、受診者ごと、医療機関ごと、入院・外来ごとに 1 枚ずつ証明してもらってください。

※請求書は必要な書類とあわせて、事業主様経由で石油健保まで送付をお願い致します。

※様式 A～C は審査を行うにあたりとても重要な書類のため、証明していただく海外の医療機関には、できるだけ詳細に証明していただくようお願いしてください。特に、様式 A の傷病名や疾病分類番号、様式 B の通貨単位は、必ず記載してください。

4 申請期限について

海外での医療費の支払をした日の翌日から 2 年を経過すると、時効により申請ができなくなりますので、ご注意ください。

5 お願い

海外療養費の審査には、被保険者や医療機関等に照会することがありますので、時間がかかる場合があります。

療養費の支給は会社様経由での給付となります。療養費支給請求書の委任欄に被保険者様の署名・押印を必ずご記入ください。海外への直接送金はできません。

保険給付をおこなうにあたり、申請手続きに必要な書類に記載している添付書類の他に添付書類の提出をお願いする場合がございます。

ご理解とご協力をお願い致します。