

療養費【海外】支給申請書

受付印

(被保険者 ・ 被扶養者)

いすゞ自動車健康保険組合 御中

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者名	記号 番号				
	本申請書の提出および給付金の受領を事業主に委任します					
	事業所名	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	現住所	TEL				
	療養が被扶養者に関するとき	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	傷病名	発病又は負傷の年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	発病または負傷の原因	第三者行為によるものか	はい・いいえ			
	診療を受けた医療機関	医療機関名	所在地		診療した医師の氏名	
	診療を受けた期間・日数	令和 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)				
	入院・外来の別	入院・外来	診療の内容			
	診療に要した費用の額	国名	金額	通貨単位		
	海外に滞在していた理由	出向(家族帯同含む)・出張・旅行・留学・その他(
<input type="checkbox"/> いすゞ自動車健康保険組合が医療機関等に対して内容照会を行い、回答を受けることに同意します。 <input type="checkbox"/> 記載内容について申請者本人が確認しました。 ※チェックの記載がない場合、受領できませんのでご注意ください。						
令和 年 月 日						
被保険者氏名						

(提出上の注意)

- この申請書は、診療内容明細書/領収明細書を添付して事業主に提出してください。
- 診療内容明細書/領収明細書は、担当医に記入してもらってください。
- 担当医の証明がないときは、これにかわる診療内容明細書および領収書(コピー不可)を添付してください。
- 渡航目的が出向(家族帯同含む)、出張以外の場合は(旅行や留学など)、パスポート(氏名の頁、滞在国内の出入国の押印が確認できる頁)の写しを添付してください。
- 当申請書に、マイナンバーの記入は不要です。マイナンバーで申請したい場合は、番号欄に記入のうえ、番号および本人確認書類の添付が必要です。

<いすゞ自動車健康保険組合記入欄>

支給決議日	年 月 日	疾病コード*	
支給日	年 月 日	1日当り点数	
支給額	¥	Rate	

健康保険組合			
常務理事	事務長	課長	担当

事業所担当者確認欄	