

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	健保 太郎		記号番号	555	7777777		
	本申請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	△△△△△△株式会社		生年月日	昭和 平成	4 年	1 月	20 日
	現住所	〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇		TEL	000-555-2222-333			
	療養が被扶養者 に関するとき	健保 花子		生年月日	昭和 平成 令和	5 年	9 月	3 日
	傷病名	風邪		発病又は負 傷の年月日	昭和 平成 令和	2 年	5 月	8 日
	発病または 負傷の原因	不明		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		
		〇〇〇〇MEDICAL CLINIC		2010 SOUTH ARLINGTON		〇〇〇 〇〇〇〇		
	診療を受けた月 および診療日数	令和 2 年 5 月 12 日 ~ 2 年 5 月 23 日 (2 日間)						
	入院・外来の別	入院 ・ 外来		診療の内容	点滴及び投薬を受けた			
	診療に要した 費用の額	国名	アメリカ	金額	\$100	通貨単位	USドル	
	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 checked="" 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 checked="" 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 2 年 6 月 10 日								
被保険者氏名 健保 太郎								

(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	