

款	支給額
項	
目	円

常務理事	事務長	主任	事務	担当者

アンリツ健康保険組合御中 被保険者 家族 海外療養費 支給申請書 令和 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証	記号	番号	氏名
	住所	TEL		
	以下により請求します。ただし、保険給付金の在職中受領を下記事業主に委任します。			
	被扶養者に関する申請のとき	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日 続柄
	渡航の目的	<input type="checkbox"/> 出張 <input type="checkbox"/> 私的旅行 <input type="checkbox"/> 他() 国名		通貨の名称
	傷病名	発病又は負傷年月日		平・令 年 月 日
	発病または負傷の原因	負傷の場合発生場所		
	傷病の経過			
	診療を受けた医療機関	名称	医師氏名	
		所在地		
	診療の内容			
	診療の期間	自 令和 年 月 日 日間	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院	診療等に要した費用 (外貨で記入)
	療養の給付を受けることができなかった理由	第三者行為によるものか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	第三者の場合の届出の有無 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
	添付書類(原本)	①診療内容明細書(診療内容・薬等詳細記入) ②領収明細書 ③領収書 ④日本語翻訳(翻訳者を付記) ⑤パスポート等の写し ⑥照会の同意書		⑧各月毎、入院・通院毎翻訳は全書類に必要
	退職者記入	退職後(退職予定者)の請求の場合は、本人名義の振込口座をご記入下さい。 ※ゆうちょ銀行は不可		
金融機関名		支店名	種類 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号 フリガナ 口座名義

事業主証明欄	この請求が正しいことを証明します。 委任を受けた保険給付は当事業所と貴組合との間で定められた方法で受領し、請求者へ支給します。 令和 年 月 日 事業所名 事業主(代理人)名
--------	---

健 保 組 合 記 入 欄	資格取得日	昭・平・令 年 月 日	報酬月額	円	支払金額	円	
	資格喪失日	令和 年 月 日	本人負担額	円	支給額(70% 80%)	円	
	医療費(外貨)	換算率	円	算定額	円	付加金(上位一般)	円
	疾病名コード	算定額	円	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家6歳 <input type="checkbox"/> 家族	高額療養費	円	
	支給期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日 日間			合計金額	円	
	備考					受付NO	
					受付年月日		