

家族の申請

海外療養費・第二家族療養費支給申請書

日本電気健康保険組合 御中

| | | | | | | | |
|---|--|--|---|---|---------------------------------------|-----------------------------------|-------------|
| 被保険者証 記号・番号 | 012 | 番号 0123456 | 会社名 | NEC〇〇〇株式会社 TELNET 8-123-1234 | | | |
| | 平成 XX年 XX月 XX日 | | 所属 | △△△事業部 メールNo. 185-0000 | | | |
| 氏名 | 健保 太郎 | | 自宅住所 | 〒150-0031 東京都渋谷区桜丘町29-11 | | | |
| 生年月日 | 昭和・平成 XX年 XX月 XX日 | | | Tel 03 - 1234 - 1234 | | | |
| 在職中に受領する保険給付金は給与支払い事業主に委任します。 | | | | | | | |
| 治療を受けたのは被保険者本人ですか、家族ですか。 右記欄に○をつけてください。 | | | | 本人 ・ <input checked="" type="radio"/> 家族 | | | |
| 家族が治療を受けたとき その者の氏名 | フリガナ | 続柄 | 生年月日 | NEC健保扶養認定日 | | | |
| | 氏名 | 健保 一郎 | 子 | 昭和 平成 | XX年 XX月 XX日 | 昭和 平成 | XX年 XX月 XX日 |
| 渡航の目的 (右記欄に○をつけてください) | 本人の場合 | | | 家族の場合 | | | |
| | <input checked="" type="radio"/> ①在任 <input type="radio"/> ②出張 <input type="radio"/> ③私的旅行 | | | <input type="radio"/> ①被保険者の在任に帯同 <input checked="" type="radio"/> ②私的旅行 | | | |
| 渡航の期間 | 平成 XX年 XX月 XX日 から 平成 XX年 XX月 XX日 まで ・ 継続渡航中 | | | | | | |
| 渡航国名 | ハワイ | | 通貨の名称 | USDOLLAR | | | |
| 傷病名 | 急性胃腸炎 | | 発病または負傷した日 | 平成 XX年 XX月 XX日 | | | |
| 発病または負傷の発生場所および原因 | | | | | | | |
| どこで 滞在先のホテル | 何を して | どのように発病(負傷)したか? | | | | | |
| 滞在先のホテル | 食事 | 細菌に感染し、腹痛と下痢を起こした | | | | | |
| 診療を受けた期間 | 平成 XX年 XX月 XX日から 平成 XX年 XX月 XX日まで(XX日間) | <input checked="" type="radio"/> 通院 ・ 入院 | 診療等に要した費用 (外貨で記入) | XX, XXX, XXドル | | | |
| 必要な 添付書類 | ①診療内容明細書(診療の内容、薬の明細がくわしく記入されたもの) | | | 注意事項 | ①添付書類についてはすべて翻訳が必要です。 | | |
| | ②領収明細書 ③領収書 ④日本語翻訳(翻訳者の住所・氏名を付記したもの) | | | | ②原本を提出してください。 ③書類に不備がある場合は受付できません。 | | |
| 退職者、退職予定者の方は記入してください。 | | | | | | | |
| 金融機関名 | 口座番号 | フリガナ | 退職年月日 | | | | |
| 銀行 | | | 平成 年 月 日 | | | | |
| 支店 | (普通) | 名義 | | | | | |
| 事業主記入欄 | 平成 年 月 日 事業所名 | | 事業主(会社)の証明欄です 上記のとおり証明します。 委任を受けた保険給付金は 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。 | | | | |
| | 上記のとおり証明します。 委任を受けた保険給付金は 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。 | | | | | | |
| 健康保険組合記入欄 | 資格取得日 | 昭和・平成 年 月 日 | 資格喪失日 | 平成 年 月 日 | 支給期間 | 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで (日間) | |
| | 算出の基礎 | 支給決議日 | 平成 年 月 日 | 邦貨換算率 | 円 | | |
| | | | | | | 支給額 | 円 |
| | | | | | | 高額療養費 | 円 |
| 承認欄 | 常務理事 | 事務長 | マネージャー | 主任 | 担当 | 特記事項 | |
| | | | | | | 受付年月日 | |