

療養費・第二家族療養費 支給申請書 【海外療養費】

日本電気健康保険組合 御中

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。										会社名	
健康保険 記号・番号		記号		番号		番号		番号		所属	
記入日		令和		年		月		日		メールNo. -	
被保険者名				自宅住所 〒							
生年月日		昭和・平成・令和		年		月		日		日中連絡がとれる電話番号 TEL - -	
対象者に <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(氏名 生年月日 昭・平・令 年 月 日)									
渡航国名		診療に要した費用 (外貨で記入)				通貨の名称					
渡航理由		<input type="checkbox"/> 出向(家族帯同含む) <input type="checkbox"/> 出張 <input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> その他()									
発病又は負傷年月日		令和		年		月		日		傷病名	
原因		<input type="checkbox"/> 交通事故・加害者がいる怪我 <input type="checkbox"/> 労災・通勤途上災害 <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> その他()									
発生経緯		「どこで」、「何をしていた」、「どの様に負傷したか」									
被保険者記入欄											
提出書類(必須) 診療月の記載の上、添付書類にチェックして下さい。											
診療を受けた月		令和		年		月		診療区分		入院 ・ 外来 (どちらか○を付けて下さい)	
受診者毎、1か月単位、医療機関毎(入院、外来別)に申請書、各種確証が必要です。(渡航期間確認書類は1通)											
<input type="checkbox"/> 受診者の氏名が記載された領収書(原本)											
<input type="checkbox"/> 医科の場合 診療内容明細書(原本)及び日本語訳 (様式A)											
<input type="checkbox"/> 医科の場合 領収明細書(原本)及び日本語訳 (様式B)											
<input type="checkbox"/> 歯科の場合 歯科診療内容明細書(原本)及び日本語訳 (様式C)											
<input type="checkbox"/> 受診者の海外渡航期間が確認出来る書類(パスポートやビザのコピー、航空チケットのコピー等何れか一つ)											
* 送付された申請書、各種確証は返却いたしません。必要な方は提出前にコピーを取っておいて下さい。											
在職者は記入不要 退職者・退職予定者の方は、必ず口座情報をご記入下さい。未記入の場合、給付が遅れることがあります。 (任意継続保険加入者は保険料振替口座を優先します。)											
金融機関名		口座番号		フリガナ		退職年月日					
銀行				名義		令和		年		月 日	
支店 (普通)											

事業主記入欄		令和 年 月 日		事業所名	
		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。			
		事業主名 (代理人)			

診療区分		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他		受診日		令和 年 月 日~	
病類コード				令和 年 月 日			
傷病名				支給決議日		令和 年 月 日	
		給付審査結果 (支給・一部支給・不支給)		邦貨換算率		円	
		管理No		支給対象額		円	
		決議No					
		承認欄		主任		担当	
		常務理事		事務長		マネージャー	
						受付年月日	

領収書 貼付用台紙

健康保険

記号

番号

対象者氏名

記号・番号

- ・裏面にも記載がある場合は、裏面の内容が確認出来る様に貼付して下さい。
- ・提出書類は返却出来ません。必要に応じて申請前にコピーをお手元に保管下さい。