

常務理事	係員

支給決定日	年 月 日
支給決定額	円

被保険者
家 族

海外療養費支給申請書

申請者 (被保険者) 記入欄	被保険者証記号	被保険者証番号	氏名	(印)
	住所	〒 TEL		
	事業所名		マンNo.	
	受診者	被保険者 ・ 被扶養者(氏名)		
	発病・負傷年月日	年 月 日	傷病名	
	発病・負傷の原因及び経過 (詳しく)	※ケガ…負傷原因報告書を併せてをご提出ください		
	療養に要した費用の額			
	診療を受けた期間	年 月 日 ~	年 月 日	日間
	診察を受けた医療機関等の	名称	診療した 医師等氏名	(印)

申請者 記入欄	年 月 日
	上記のとおり申請いたします。 尚、私の受ける表記給付金の受領は事業主に委任いたします。
	申請者 住所 _____ 氏名 _____ (印) 大真空健康保険組合理事長 殿

- ※添付書類※
- 領収・明細書の原本
 - 診療内容明細書(医師が記入)
 - 質問票(被保険者が記入)
 - 領収明細書(医師が記入)
 - ▲日本語以外で記載の箇所は全てに要翻訳
 - ※海外出向以外(旅行等)で申請する場合、別途添付書類が必要となります(要確認)

被保険者マイナンバー記載欄										
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。・マイナンバーを記載した場合は、本人確認書類が必要です。

月末締め、翌月給与日支払い(事業所より給与と同時振込)となります。

給与明細書に健保としての項目はありません。決定通知書で通知した支給金額にてご確認をお願いいたします。