

給付支給決定並びに支出伺						伺年月日	
常務理事	事務長	担当者				円	決裁年月日
			支給額			自 令和 年 月 日	至 令和 年 月 日
							日間

海外用

療養費 (本人)
第二家族療養費 (被扶養者)

支給申請書 (入院・入院外)

ナブテスコグループ健康保険組合理事長 殿

被 保 険 者 （ 本 人 ） が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号	9 9	番号	1 2 3 4	被保険者氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保太郎 ⑩
	被扶養者が受診した 時はその者の氏名	フリガナ ケンポ ハナコ 健保花子	受診者の生年月日		昭和 平成 ○○年 ○○月 ○○日 令和		
	傷病名	風邪	初診年月日		平成 令和 ○○年 ○○月 ○○日		
	発病又は負傷の原因	不明					
	症状の概要	風邪による発熱、咳、のどの痛み					
	処方、手術 その他の概要	診察および薬の処方					
	病院等で療養を 受けた期間	自 R○年○月○日 至 R○年○月○日	4 日間	受けた療養に対し 病院等で支払った額 (通貨及び国名)	通貨	USD \$ 50.00 米国	
上記より請求します。 ただし、保険給付金の受領を下記事業主に委任します。 令和 ○○年 ○○月 ○○日 千○○○-○○○○ 住所 ○○○○○○○○ 被保険者氏名 健保太郎 ⑩ 電話 ○○○ (○○○) ○○○○							

※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考 マイナンバーにより申請する場合にマイナンバーを記入 (個人番号確認、本人確認書類を添付のこと)

事 業 主 が 証 明 す る と こ ろ	この請求内容が正しいことを証明します。委任を受けた保険給付金の受領は貴組合との間で決められている 所定の方法で受けとります。						
	令和 年 月 日						
	受任者 事業所 所在地 名 称 事業主氏名 ⑩						

※必ず海外療養費調査に関わる同意書を記入・提出してください。

※パスポート (本人確認欄・入出国日付押印の査証欄又は査証)、航空券等の渡航事実が確認できる書類の写し、又は事業主の証明を添付してください。

※入院、入院外毎に1ヶ月単位で請求してください。

※医科は診療内容明細(様式A)と領収明細書所(様式B)と領収書、歯科の場合は領収明細書(歯科)と領収書を必ず添付してください。

◎被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。また、被保険者本人以外の方の押印は省略することができません。