

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

被保険者・家族 療養費支給申請書

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				
	受診者氏名	フリガナ	ケンボ ハナコ			受診者の生年月日	昭和 平成 ○○年 ○○月 ○○日 令和		
	傷病名	風邪	健保 花子			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	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	金額	\$ 50.00	国名
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 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

- ※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。
- ※訂正する場合は、二重線で消して訂正印を押してください。