

- 被保険者(本人)
- 被扶養者(家族)

療養費支給申請書(海外用)

受付印

ジェイテクト健康保険組合 理事長 殿

本件で取得された個人情報については、貴健保組合の個人情報保護方針に基づき利用されることに同意の上、申請いたします。

被 保 険 者 記 入 欄	保険証の 記号・番号	—		被保険者氏名								
	事業所	名称	所 属		(工場・支社)		(部署名)					
	受診者氏名			受診者の 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 令			年齢	続柄			
	傷病名			発病または負傷 の年月日、時間	令和 年 月 日				<input type="checkbox"/> 不明			
	第三者行為による傷病ですか (交通事故等)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		→「はい」の場合は「第三者行為に関する書式」一式を提出			業務上、または通勤 途上の傷病ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
	傷病の原因											
	傷病の経過											
	診療または 手当の期間	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	※ 診療月毎・入院/外来毎に申請用紙を分けて申請して下さい			診療実日数						
			(自)	令	年	月	日	日間				
			(至)	令	年	月	日					
	日本国内で受診 できなかった理由	<input type="checkbox"/> 1. 出向中(家族帯同含む)または出張中		<input type="checkbox"/> 3. 治療目的のため								
		<input type="checkbox"/> 2. 旅行		<input type="checkbox"/> 4. その他 ()								
	診療または手当に 要した費用	通貨										
		金額										
		国名										
上記のとおり請求し、給付金の受領を下記事業主へ委任します。 また、ジェイテクト健康保険組合が医療機関に対して、療養等の内容照会を行うこと または、当該医療機関が内容照会の回答をすることに同意します。				資格喪失(予定)者記入欄					◆ 資格喪失後の請求の場合は被保険者(請求者)に送金するため、 被保険者(請求者)名義の振込銀行口座を必ず記入してください。			
令和 年 月 日									※ 被保険者死亡のため、相続人が請求者となる場合、 被保険者との続柄が確認できる書類(戸籍謄本、住民票等)が必要。 (死亡時に相続人が健保の被扶養者であった場合は不要)			
住所 〒 —									(金融機関コード)		(店番コード)	
被保険者氏名(請求者氏名)									(フリガナ)		(フリガナ)	
電話番号 ()									<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> ()		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	
				普通	口座番号(7桁)		フリガナ	名義				
								※請求者名義の口座に限る				

事 業 主 証 明 欄	この請求内容が正しいことを証明します。委任を受けた給付金の受領は、貴健保組合との間で定められている方法で受け取ります。								
	令和 年 月 日								
	事業所所在地								
	事業所名称								
	事業主氏名								

【添付必要書類(要原本)】 以下申請者は、添付必要書類を確認の上申請してください。

海外で受診した場合
<input type="checkbox"/> パスポートの写(氏名の頁、滞在国の入国あるいは出国の押印が確認できる頁)。 日本入出国の際、パスポートに押印が省略されている場合は、法務省が発行する出入国記録書の写を添付してください
<input type="checkbox"/> 診療内容明細書、領収明細書、領収書およびその日本語翻訳 (※日本語翻訳には、訳者の住所・電話番号・氏名・記入日を記入し押印してください)