

健保記入欄	
支給額 (法定)	円

本人
 家族

海外療養費支給申請書 (歯科)

H28 年 4 月 20 日提出

*「診療内容明細書」・「翻訳文」・「調査に関わる同意書」・「領収書(原本)」・「パスポート写し(顔写真・出入国のわかる面)」を添付

被 保 者 記 入 欄	被保険者証の 記号と番号	1 - 123456	被保険者 (請求者) 氏 名	(フリガナ) ヤマハ イチロウ 山葉 一郎	印
	事業所名	ヤマハ(株)	生年月日	昭和・平成 38 年 6 月 13 日生	
	所 属 課・係・店等	ピアノ生産課	メールBOX KK	自宅住所	〒 430 - 1101 浜松市中沢町19-1
	会社電話	外線 0537-24-7722 内線 1234		自宅電話	053-472-1000
	受診者氏名	(フリガナ) ヤマハ ハナコ 山葉 花子	受診者の 生年月日	昭和 8 年 5 月 2 日 平成 28 年 3 月 6 日	被保険者 との続柄 長女
	傷 病 名	う蝕	負傷又は 発病した 状況又は 原因 (具体的に)	日 時	午前 午後 時 分 頃
	傷病の経過	良好		朝から、歯が痛みだした	
	受診した医師 その他の者の 氏名及び住所	Dr.○○○○ ○○○○○○ ○○○○○○	診療又は 手当の内容	虫歯処置	
	国 名	U. S. A	診療又は手当 に要した費用の額	US \$ 14,400	
	診療又は 手当の期間	自平成 28 年 3 月 6 日 至平成 年 月 日 1 日間	(実際に支払った 通貨でご記入ください)		
第三者の行為 が原因ですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 上記の設定で「はい」の場合 <input type="checkbox"/> 第三者が不明 <input type="checkbox"/> 第三者から療養費の補償がない (第三者から療養費の補償がある 場合は健康保険組合からは重複 して支給することが出来ません)	健保記入欄	*レート確認 = 円		

*被保険者証の記号番号を訂正する場合は、訂正印を押印してください。修正液等不可。

委任欄	本請求書に基く (事業所名) 給付金の受領を 平成 28 年 4 月 20 日 被保険者氏名 山葉 一郎 (山葉) 印
-----	--

(資格喪失者のみ、振込依頼書にご記入下さい) ←

金融機関名	本・支店名	預金の種別	預金の番号	名 義 人 名
		普通・当座		(フリガナ)
コード No.	コード No.			

備考
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、備考欄に記載してください。
被保険者証の記号番号を記載した場合は不要です。
(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票写し等)」及び「身元確認書類(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。)

事業所担当者印	健保受付印

* 療養費の請求権の消滅時効は、支払いを完了した日の翌日から2年間となります。

ヤマハ健康保険組合 H29.6.1改定

退職後にご請求される方はご希望の振込み先金融機関をご記入ください。
任意継続被保険者の方は、郵便局の口座にお振込みさせていただきますので記入は不要です。

- ※ 「診療内容明細書」「領収明細書」を担当医及び病院にて記入してもらってください。
- ※ 「診療内容明細書」の邦訳を「邦訳(A)」に、「領収明細書」の邦訳を「邦訳(B)」に必ず記入し、翻訳者の氏名・住所及び印等も記入してください。
- ※ 請求が長期間にわたる場合は、1ヶ月(暦日)分ずつご請求ください。