

必要事項は被保険者本人がすべて自筆で記入してください

(書類は所属事業所に提出してください)

* 但し、任意継続の方は直接健保まで提出してください

被保険者
家族

海外療養費支給申請書

〔業務上または通勤途上災害による傷病および治療目的の渡航は除く〕

あてはまるものに○印

必ず該当する方のいずれかに記入

会社名を記入(現地赴任先ではなく出向元を記入)

社会保険担当部署の印

被保険者証の 記号番号	○○○ - ○○○○	事業所(会社)の 名称	大同○○株式会社 *部署・工場名等は不要		
対象者氏名	大同 太郎	生 年 月 日	S・ <input checked="" type="checkbox"/> ・R ○年○月○日生	続柄	本人
傷病名	う蝕	発病または 負傷の年月日	H・ <input checked="" type="checkbox"/> 年○月頃日		
発病または 負傷の原因	不詳	今回申請する受診期間を記入			
傷病の経過 (いずれかに○印)	<input checked="" type="checkbox"/> 治癒 / 現在も通院(経過観察)中 / その他()				
診療又は 手当の期間	R ○年○月○日 R ○年○月○日	3日	診療又は手当 に要した費用	25,000	通貨単位 (USドル)
診療を受けた 病院等	名称	○○○			
	所在地	○○…… 国名 アメリカ			
療養の給付を受けるこ とができなかった理由 (いずれかに○印)	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 海外赴任中または被保険者の海外赴任帯同のため(長期) <input type="checkbox"/> 2. 海外出張中のため(短期・海外赴任中の他国への出張含む) <input type="checkbox"/> 3. 海外旅行中のため(海外赴任中の他国への私的旅行等含む)				
上記の通り申請致します。					
令和 ○年○月○日		被保険者の住所 ○○(赴任の場合は現地の住所) 氏名(自署)及び印 大同 太郎 <input checked="" type="checkbox"/> 健保 <input checked="" type="checkbox"/>			
大同特殊鋼健康保険組合 理事長 殿 TEL ○○……					
* 在職者のみ記入	上記金額の受領を ○○○ 株式会社 に委任します(会社名を記入)				
* 以下、退職者のみ記入(任意継続被保険者を除く)					
金融機関および支店名	銀行・信用金庫		支店		
1.普通 2.当座	口座番号				
フリガナ					
口座名義人					
			所属事業所 確認印		
			<input checked="" type="checkbox"/>		

【ご注意】添付書類や支給要件等を、事前に大同健保ホームページでご確認のうえ申請してください。

大同健保