

健康保険 被保険者 家族 海外療養費 支給申請書



※渡航目的が業務都合の場合は、事業主経由で提出ください。

< 被保険者記入用 >

3. 2. 1. 記入は、消すことのできない筆記用具を使用してください。
 この太枠欄の訂正は二重線で抹消し、訂正印を押印してください。
 記入方法および添付書類等については、「記入の手引き」を確認してください。
 (修正液・修正テープ等での訂正は認められません)

① 提出日	令和 年 月 日		
② 被保険者証	記号	番号	③ 事業所名 (会社名)
④ 被保険者名	(フリガナ)		⑤ 生年月日
			<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
⑥ 現住所			
⑦ 受診者氏名 (申請対象者)	(フリガナ)		⑧ 続柄
			⑨ 生年月日
			<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 (歳)
⑩ 傷病名			⑪ 発病または負傷年月日
			<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
⑫ 発病または負傷した原因	(どこで) (どのようにして)		
⑬ 第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> いいえ	⑭ 業務上または通勤途上での傷病ですか	<input type="checkbox"/> いいえ
	<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> はい
※「はい」の場合は療養費支給申請に該当しない場合があります。			
⑮ 受診した医療機関	名称		
	住所		
⑯ 診療期間	外来	令和 年 月 日から (外来実日数)	⑰ 診療の内容
		令和 年 月 日まで 日間	
	入院	令和 年 月 日から (入院日数)	
		令和 年 月 日まで 日間	
⑰ 診療に要した費用	金額	通貨	国名
⑱ 日本国内で受診できなかった理由	<input type="checkbox"/> 海外駐在 (同行家族含む) <input type="checkbox"/> 旅行		
	<input type="checkbox"/> 海外出張中 <input type="checkbox"/> その他 (理由) →		
※旅行・その他の場合は、海外渡航内容の確認できる書類の添付が必要です。「記入の手引き」をご覧ください。			
⑳ 委任状	本申請に基づく給付金の受領は事業主に委任します。		
	また、日立造船健康保険組合が医療機関に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会を行うこと、および当該医療機関等が内容照会の回答をすることに同意します。		
令和 年 月 日			
被保険者氏名			

(注) 輸血およびコルセット等治療用装具に関する申請の場合は、「医師の証明書」を添付してください。

◎渡航目的が業務都合の場合、事業主による内容確認をお願いします。

確認欄	<input type="checkbox"/>	この届出について、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人 (被保険者) が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。	本件問合せ連絡先
	<input type="checkbox"/>	事業主が被保険者へ全額立替払いしている場合 当該給付金は、会社払いをお願いします。	担当者名
			T E L