被保険者 家族 療養費支給申請書（海外）

添付書類はクリップで留めてください

被保険者が記入するところ	被保険者	記号・番号	記号	○	○	○	番号	△	△	△	△		
		氏名	健 保 太 郎				事業所名	○○株式会社					
		住所	○○○○○○1－1										
	申請内容について	申請対象者氏名	健 保 花 子				申請対象者生年月日	昭和・平成・令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日					
		傷病名	虫歯、歯周病				発病・負傷の年月日	平成・令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日					
		発病・負傷の状態、原因	歯痛										
			第三者行為（交通事故など）によるものですか ※ はい ・ いいえ ※傷病原因が第三者の行為による場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。										
		治療の内容	初回検査、レントゲン検査、虫歯治療、歯石除去										
		治療を受けた医療機関	名称	NIHON DENTAL HOSPITAL									
			所在地	999 PLAZA DRIVE SUITE 350									
		治療を受けた期間	令和○○年○○月○○日から令和○○年○○月○○日 ○ 日間				治療に要した費用	現地通貨 ○○○ドル					
		日本国内で療養を受けることができなかった理由	☑ 海外勤務者 （家族帯同） ☐ 旅行 ・ 出張 ・ 海外勤務者の家族（国内在住） ☐ その他（ ）										

この申請書の「給付金の受領」を事業主に委任します。
※任意継続被保険者は給付金を登録の口座に振り込みします。

被保険者氏名 健 保 太 郎

受付日付印

申請内容	必要な書類	
海外勤務者（家族帯同）	1～4	1. 診療内容の明細（診療内容のわかる医師の証明書） 2. 翻訳文（診療内容の明細が外国語の場合） 3. 領収書（明細がわかるもの） 4. 同意書 5. 渡航していたことを確認できる書類（航空券やパスポートの写しなど）
旅行・出張・家族（国内在住者）	1～5	
その他		

添付書類はクリップで留めてください

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、備考欄に被保険者のマイナンバーを記載してください。

備考欄	

支給支払決議	支給額	円	伺年月日		常務理事	事務長		係
			支給年月日					
	支給期間	年 月 日から 年 月 日 日間						
	区分	海外 （ 医科 歯科 調剤 ）						