

|       |    |   |   |   |
|-------|----|---|---|---|
| 決定年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 支給年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |

|         |     |  |  |     |
|---------|-----|--|--|-----|
| 支給支払決議書 |     |  |  |     |
| 常務理事    | 事務長 |  |  | 担当者 |
|         |     |  |  |     |

海外療養費支給申請書(被保険者・被扶養者)

記入例

|                                 |                                                                                                                                                                                       |                                               |              |                                               |          |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------|----------|
| 被保険者<br>記号番号<br><br>氏名          | 記号 100 番号 XXXX                                                                                                                                                                        | 事業所名称                                         | 株式会社ダスキン     |                                               |          |
|                                 | 氏名 健保 太郎                                                                                                                                                                              | 所属部署名                                         | 〇〇部          | 部署、支店、病院など                                    |          |
|                                 |                                                                                                                                                                                       | 電話番号                                          | 00-0000-0000 |                                               |          |
| 扶養者に関<br>する申請の<br>とき            | 氏名 健保 花子                                                                                                                                                                              | 続柄<br>妻                                       | 生年月日         | 昭平・令                                          | 〇年 〇月 〇日 |
|                                 |                                                                                                                                                                                       |                                               | 傷病名          | 左足首ねんざ                                        |          |
| 発病・負傷<br>の年月日                   | 令和 〇年 〇月 〇日                                                                                                                                                                           |                                               |              |                                               |          |
| 発病の原因<br>および経過<br>(詳しく)         | 該当に <input checked="" type="checkbox"/> 該当 (原因および経過・いつ・どこで・どのように)<br><input type="checkbox"/> 病気<br><input checked="" type="checkbox"/> ケガ 階段でつまづき、足をひねった<br>→ 【K14】負傷原因届を併せてご提出ください。 |                                               |              |                                               |          |
|                                 |                                                                                                                                                                                       |                                               |              |                                               |          |
| 診療を受けた<br>医療機関<br>(国名)          | 名称                                                                                                                                                                                    | 〇〇〇                                           |              |                                               |          |
|                                 | 所在地                                                                                                                                                                                   | アメリカ 〇〇州〇〇                                    |              |                                               |          |
|                                 | 医師の氏名                                                                                                                                                                                 | 〇〇 〇〇                                         |              |                                               |          |
|                                 | 電話番号                                                                                                                                                                                  | 0000000000                                    |              |                                               |          |
| 診療内容                            | 診察のうえ、湿布薬を処方された。 領収書に記載されている金額                                                                                                                                                        |                                               |              |                                               |          |
| 診療を受け<br>た期間                    | 令和 元年 7月 1日から                                                                                                                                                                         | 診療に要<br>した費用                                  | 〇〇〇〇         |                                               |          |
|                                 | 令和 元年 7月 1日まで 1 日間                                                                                                                                                                    | 通貨単位                                          | 例:アメリカドル     |                                               |          |
| 保険診療を<br>受けることが<br>出来なかった<br>理由 | <input checked="" type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> 出張 <input type="checkbox"/> 赴任 <input type="checkbox"/> その他→                                                          |                                               |              |                                               |          |
|                                 | 渡航期間: 年 月 日 ~ 年 月 日<br>受診者は現在、日本に帰国していますか → <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                       |                                               |              |                                               |          |
| 第三者行為によ<br>る負傷であるとき             | その事実<br>と届出の<br>有無                                                                                                                                                                    | 交通事故などの第三者行為による負傷の場合は、申請前にダスキン健康保険組合にご一報ください。 | 加害者の氏名       | 交通事故などの第三者行為による負傷の場合は、申請前にダスキン健康保険組合にご一報ください。 |          |
|                                 |                                                                                                                                                                                       |                                               | 加害者の住所       |                                               |          |
| 上記のとおり申請致します。                   |                                                                                                                                                                                       |                                               |              |                                               |          |
| 令和 〇年 〇月 〇日                     |                                                                                                                                                                                       |                                               |              |                                               |          |
| ダスキン健康保険組合殿                     |                                                                                                                                                                                       |                                               |              |                                               |          |
| 〒xxx-xxxx<br>住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇   |                                                                                                                                                                                       |                                               |              |                                               |          |
| 被保険者本人(自署) 氏名 健保 太郎             |                                                                                                                                                                                       |                                               |              |                                               |          |

※添付書類は記入例をご参照ください。