

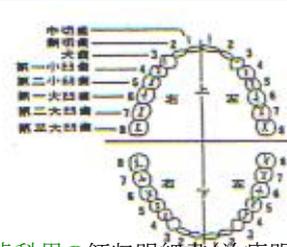
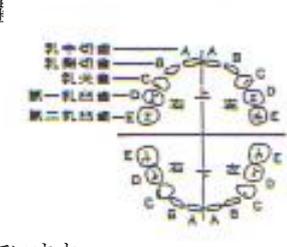
健康保険（被保険者・被扶養者）海外療養費支給申請書

平成・令和 年 月 日

スズキ健康保険組合理事長 殿

下記のとおり領収書及び受診内容報告書を添え請求します。

事業所 名称	
療養 受給国	国名

被 保 険 者 記 入 欄	保険証の記号・番号	—	資格取得年月日	S・H・R 年 月 日		
	被保険者氏名	印	申請が被扶養者の場合の氏名	S・H・R 年 月 日生	続柄	
			生年月日			
			発病、負傷の年月日	H・R 年 月 日・不詳		
	傷病名(症状・部位)		発病、負傷の原因 (不詳の場合はその旨)			
	診療を受けた病院 又は、診療所、医師の 名称および所在地	所在地 名称				
	被保険者証で診療 できなかった理由	1. 海外駐在中、療養の給付を受けたため。 2. 海外旅行中、療養の給付を受けたため。 3. 海外出張中、療養の給付を受けたため。 4. その他()				
	負傷が第三者の行為に よる場合は、その事実	第三者の住所 事実の届出の有無(有・無) 1. 氏名 又は 2. 加害者不明				
	診療(手当)の期間	H・R 年 月 日～H・R 年 月 日	受診回数	回		
	上記期間の入院の有無	1. 有 (月 日～ 月 日) 2. 無				
	診療または、手当の 内容(具体的に)					
	投薬・注射の有無	投薬 : 1. 有 内服薬 (日分) 外用薬 (日分) 2. 無 注射 : 1. 有 2. 無				
	レントゲンの有無 及び部位	1. 有 (その部位 _____) 2. 無				
	歯科医に受診した方	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>治療箇所 (該当する歯牙に ○印をしてくださ い)</p> <p>* 医師の治療明細</p> </div> <div style="width: 45%; text-align: center;"> <p>・永久歯  ・乳歯 </p> <p>* 歯科は、<u>歯科用の領収明細書(治療明細)</u>を別途用意しています。</p> </div> </div>				
	治療内容	1. 虫歯治療(本) 2. 入れ歯 3. 差し歯 4. 歯槽膿漏 5. ブリッジ 6. つめる 7. レントゲン 8. 注射				
転記(治療後の状況)	1. 治ゆ 2. 中止 3. 治療継続 4. 転院 5. その他()					
診療又は、手当に 要した費用額	円	左記について外貨 支払いの場合	通貨名	支払額		
受領の委任	私は、本件療養費の受領を、次の者に委任します。 ・被委任者 殿 平成・令和 年 月 日 ・被保険者氏名 _____ 印					

↑ここにも捺印が必要です

組 合 記 入 欄	支給期間	自： 年 月 日	日間	支給伺日	年 月 日		
		至： 年 月 日		支給日	年 月 日		
	支給金額	円	担当	課長	事務長	常務理事	

『注意事項』

- (1)各項目について記入し、該当する番号には○をつけてください。
- (2)当申請書に添える書類は、次のとおりです。
医師、病院、薬局等に支払いした領収書、並びに所定の明細書。
- (3)申請書は継続した病気の場合はなるべく暦月単位で記入してください。