

健保組合	常務理事	事務長	課長	主事	担当

海外 被保険者 被扶養者 **療養費支給申請書**

※入院と通院は別々に1カ月単位で申請してください。

申請日 平成 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	保険証 記号	番号	被保険者の氏名	(印)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	
	事業所	<input type="checkbox"/> 川崎重工業 <input type="checkbox"/> ()	工場 ()	自宅の住所等	〒	(Tel)	- -	
	被扶養者が受診の場合 →	受診者氏名	続柄	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	年齢	
	傷病名					発病または負傷年月日	平成 年 月 日	
	傷病の原因	<input type="checkbox"/> 私傷病 <input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 通勤途上	<input type="checkbox"/> 第三者行為 (交通事故等)	(原因)				外傷や第三者行為(交通事故等)の場合は、「傷病原因届」を添付してください。
	症状の概要					受診国		
	診療期間等	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	(受診日数) 日間	診療に要した費用	現地通貨	通貨 <input type="checkbox"/> ドル <input type="checkbox"/> ()	
	支払方法	・川崎重工業(株)の被保険者の方には、給与口座に振込みます。 また、任意継続被保険者の方には、加入時に指定された口座に振込みます。 ただし、受領を下記事業主(代理人)に委任されたときは、その口座に振り込みます。 } 下記の委任欄に必ず記入してください。						
		委任欄	この給付金の受領に関する権限を事業主(代理人)に委任します。		被保険者氏名	(印)		
	事業主証明欄	この申請は下記の通りであることを証明します。 <input type="checkbox"/> 業務命令による出張・駐在等 <input type="checkbox"/> 個人的な旅行 事業主(代理人) 住所名称氏名 (印)						

- (注意) 1. (1)診療内容明細書(様式A)、(2)領収明細書(様式B)、(3)その翻訳文(様式A'・B')、(4)領収書(原本)、(5)調査に関わる同意書 を添付してください。
個人的な旅行のとき: 「旅券や航空券の写しなど、海外渡航の事実が確認できる書類」を添付してください。
 2. 事業主経由で申請してください。

組 合 決 定 欄	<input type="checkbox"/> 入院	支給期間	平成 年 月 日 ~	療養費	円
	<input type="checkbox"/> 通院		平成 年 月 日	日間	円
				計	円
	銀行 平成 年 月 日現在 外国為替換算レート = 円				
支給決定日		支払日			
備考					