|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申請書の記入事例**  本人・家族（入院・外来） | | | | 支給並支払決定伺 | | | |
| 起案 | | | |
| 診療年月 | 承認金額 | 法定給付 | 付加給付 | 施行 | | | |
| **傷病名、診療期間**  **は必ず記入し**  **診療期間と領収書**  **日付も一致する**  **こと。** |  |  |  | 常務理事 | 事務長 | 担当 | 担当 |
|  |  |  |  |
| 支 給 決 定 額 | | 円 | | 備考 | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **海外療養費支給申請書** | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | |  | | | |  | |
| 本 人 （被 保 険 者） 記 入 欄  **入院の場合食事の回数を記入 （但し、申請費用に食事代が含まれていない場合はゼロと記入し、余白に申請費用に食事代が含まれていない旨、記入下さい。）**  **現地通貨合計と**  **日本円合計両方を記入**  **換算レートを記入** | 記　号 | **○○○** | | 番　号 | | | **○○○○** | | | | 赴任先 | | | | | | | **○○○会社**（国名　**メキシコ**） | | | | | | | |
| 傷病名 | | **かぜ** | | | | | | | | 発 病 又は 負 傷  の 年 月 日 | | | | | | | | **2008年3月10日** | | | | | | |
| 発病又は  負傷の原因 | | **細菌性の感染** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診 療 の 内 容 | | **診療及び服薬** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 今回の請求する診　療　年　月 | | 年  月 | | | | | 入院の場合 | | | | | | 入院期間  月 日～ 月 日  （内食事回数 回） | | | | | | | | 初診日  **2008年3月10日** | | | |
| 診療に要した  費用の額 | | 現 地 合 計 金 額 | | | | | | | | | | | | 円レート（売り） | | | | | | | 合 計 金 額 | | | |
| **○○○○ペソ**（通貨単位　**ペソ**） | | | | | | | | | | | | **○○.○○円** | | | | | | | **○，○○○円** | | | |
| 保険医の療養を  受ける事ができ  なかった理由 | | **海外で療養をうけたため**  海外出向中（期間：**2007年4月より出向中**） 海外出張中（期間：    　  　　　　   　　　　　　　 ）  海外旅行中（期間： 　 　　　  　　　　　　　　　　　 ） その他（ 　　　　　　　　 　 　　　 　　　  　　　　　　　　　　　　　　　　　期間： 　　　　　　　　　    ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 療養を受けた方  が家族のとき | | 氏名 | | | **健　保　　花　子** | | | | | | | 生年  月日 | | | □昭和□平成□令和  **10**年**5**月**31**日 | | | | | | | 本人との  続柄 | | **長　女** |
| 第三者行為によって負傷したものか否か | | | | | | | | | | | □ある　□ない | | | | | | | | | | | | | |
| **上記の通り申請します**  この申請に基づく給付金の受領を事業主へ委任します。  日産自動車健康保険組合　常務理事殿  **2008**年**5**月**1**日  　　　　　本人（被保険者）　住所　**○○○○○○○○○○○，Ｍｅｘｉｃｏ**  　　　　　　　　　　　　　　氏名　**健　保　　太　郎** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| メールアドレス（□日産圏・□ｲﾝﾀｰﾈｯﾄ） | | | | | | | | **tarou-k@○○○．○○．○○** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ＦＡＸ（□内線□外線） | | | | **111-111-1111** | | | | 電話番号（□内線□外線） | | | | | | | | | | | | **000-000-0000** | | | | |

**※添付書類　イ．領収書　ロ．診療内容明細書（イ．ロ．いずれも原本）**

注）１．領収書の現地通貨合計金額、換算レート、換算金額を必ず記入して下さい。尚、換算レートは現地

　　　　の銀行・新聞等で各自ご確認下さい。但し、換算レートの証明書は必要ありません。換算レートが

　　　　記入されていない場合は、健保処理日で換算します。

　　２．**明細書、領収書等は必ず邦訳して下さい。**

日産自動車健康保健組合