|  |  |
| --- | --- |
| **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