

支給決定伺

療養費 第二家族療養費	支給額			円	常務理事	事務長	担当者
支給計算							

被保険者 被扶養者 海外療養費支給申請書

被保険者等 記号・番号		事業所の名称	
傷病名		発病又は負傷の年月日	平・令 年 月 日
発病又は負傷の原因			
傷病の経過			
診療又は手当を受けた医師、 歯科医師其の他の者の住所氏名			
診療又は手当の内容			
診療を受けた期間 診療日数	自 年 月 日 至 年 月 日	日間	診療又は手当に要した費用 () <small>(通貨単位を記入。例:アメリカドル)</small>
受診者の情報	(1)受診者の海外渡航期間 令和 年 月 日 ~ 年 月 日 ※海外渡航期間が確認できる書類として、以下のいずれかの書類を添付。 ・パスポートの写し(①氏名・顔写真と②該当期間の出入国スタンプのページ) ・査証(ビザ)の写し(氏名と有効期限が記載されたもの) ・航空券の写し(eチケットの控えを含む) (2)診療を受けた期間における海外渡航(滞在)の理由を選んでください。 <input type="checkbox"/> 海外勤務(同行家族含む) <input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> その他[]		
申請者が被扶養者に関する時はその者	氏名	生年月日	昭平令 年 月 日 続柄

東亜合成健康保険組合理事長殿

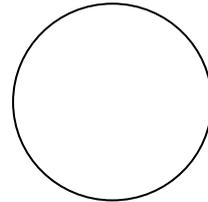
令和 年 月 日

請求者の住所:

氏名:

所 属 ()

受付日付印



記入例

支給決定伺

療養費 第二家族療養費	支給 決定額	円	常務理事	事務長	担当者
支給 計算					

被保険者
被扶養者

海外療養費支給申請書

被保険者等 記号・番号	10	99999	事業所の名称	TUS
傷病名	虫歯	発病又は負傷 の年月日	平(令)	6年12月12日
発病又は負傷の原因	突然痛み出した			
傷病の経過	良好			
診療又は手当 を受けた医師、 歯科医師其の他 の者の住所氏名	●●●● DENTAL CLINIC 住所を記載 医師の氏名記載			
診療又は手当の内容	レントゲンを取り、神経抜いて歯を削り、シリコン埋めをした			
診療を受けた期間 診療日数	自 6年12月12日 至 6年12月25日	3 日間	診療又は手当 に要した費用	144(USD) (通貨単位を記入。例:アメリカドル)
受診者の情報	(1)受診者の海外渡航期間 令和5年1月1日～年月日 ※海外渡航期間が確認できる書類として、以下のいずれかの書類を添付。 ・パスポートの写し(①氏名・顔写真と②該当期間の出入国スタンプのページ) ・査証(ビザ)の写し(氏名と有効期限が記載されたもの) ・航空券の写し(eチケットの控えを含む) (2)診療を受けた期間における海外渡航(滞在)の理由を選んでください。 <input checked="" type="checkbox"/> 海外勤務(同行家族含む) <input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> その他[]			
申請者が被扶養者に 関する時はその者	氏名	生年 月日	昭平 令	年 月 日 続柄

東亜合成健康保険組合理事長殿

令和 6年 12月 27日

請求者の住所: 〇〇〇〇〇〇〇

氏名: 東 亞 太 郎

所 属 (× × × × ×)

受付日付印

