

- 被保険者
 被扶養者

【任意継続・特例退職用】療養費支給申請書

勤務地
(国名)

勤務地 (国名)										
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被 保 險 者 記 入 欄	被保険者証	記号			番号												
	被保険者氏名		(フリガナ)								資格取得年月日	S・H・R	年	月	日		
	生年月日		S・H 年 月 日						資格喪失年月日	H・R	年	月	日				
	受診者氏名		(S ・ H ・ R 年 月 日生)								被保険者との続柄						
	傷病名										受診月	(西暦)			年	月	
	自己負担額 (現地通貨額)		通貨名		通貨額		支払日										
							年 月 日										
	会社が契約している民間の保険会社からの給付有無								有・無		←有の場合、給付額がわかる書類(Benefit等)を添付ください。						
	治療の分類		入院	(西暦) 年 月 日 ~ (西暦) 年 月 日													
		外来(入院外)	(西暦) 年 月 日 ~ (西暦) 年 月 日														
受診経緯および 症状の概要																	
上記につき、領収書・領収明細書・診療内容明細書(歯科診療内容明細書)添付の上、申請いたします。 併せて、給付金の受領を事業主に委任いたします。																	
年 月 日 被保険者氏名																	

※「被保険者記入欄」については必ず完記願います。(記入漏れのある場合、手続きできないことがあります。)

〈必要書類〉

- ・医科受診の場合 → 領収書(原本)または小切手(写)、カード利用控(原本)、「領収明細書」「診療内容明細書」
- ・歯科受診の場合 → 領収書(原本)または小切手(写)、カード利用控(原本)、「領収明細書」「診療内容明細書」「歯科診療内容明細書」

健 保 欄	(1) 給付対象額 (現地通貨) ()										支給決定額
	(2) 支給決定日為替レート (円 / 年 月 日)										円
	(3) 支給決定額 本人 : (1)×(2)×0.7 家族 : (1)×(2)×0.7×0.8										