

☐ 被保険者
☐ 被扶養者

療養費支給申請書

所属CD		
------	--	--

↑日本生命にお勤めの方は記入

診療を受けた 国名	
--------------	--

↓ 記号・番号は[マイナポータル]アプリでご確認ください

被 保 険 者 記 入 欄	記号		番号		所属名	
					部・室 支社 会社	課・G 営業部
	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	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 (海外勤務者のみ記入)				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)	
	(3) 支給決定額 本人：(1)×(2)×0.7 家族：(1)×(2)×0.7×0.8	円