

- 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) | |
|-------------|--|

| | | | | |
|--|------------------|-----------------|--------------|-----|
| 被 保 険 者 記 入 欄 | 被保険者証 記号 | | 番号 | |
| | 被保険者氏名 | (フリガナ) | | |
| | 生年月日 | S・H | 年 | 月 日 |
| | 資格取得 年月日 | S・H・R | 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) | |
| | 外来(入院外) | (西暦) | 年 月 日 ~ (西暦) | |
| 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 |