

支給決定 及 支払 伺	保険給付費		法定給付費		療 養 費		円
					第二家族療養費		円
	給付 期間	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日 日間	率		7割 8割	金額	円
	理事長	常務理事	事務長	担当者		支払年月日	
						平成 年 月 日	

## 【海外用】療 養 費 受 給 届

(被保険者・被扶養者)

被保険者証 の記号番号	記号	番 号	事業所 の名称			
被扶養者が受診した 場合その者の氏名	(フリガナ)		被保険者 との続柄	被扶養者の 生年月日	昭和・平成 年 月 日	
傷 病 名				発病・負傷 年月日	平成 年 月 日	
発病・負傷の原因 (特に外傷は詳しく) 傷病の経過						
保険診療を受けら れなかった理由	1. 日本の健康保険証が使用出来ない為、療養給付が受けられなかった。 2. 治療上必要な装具の制作者は医療機関でないために療養給付が受けられなかった。 3. その他( )					
診療・手当を受けた 病院名・住所						
診療・手当の内容						
入院・外来の区分	1.外来のみ 2.入院のみ 3.外来+入院 (1~3のいずれかに○をして下さい)					
診療・手当の期間 (該当欄に記入)	外来期間			入院期間		コルセット装着日
	自 年 月 日 至 年 月 日 日間			自 年 月 日 至 年 月 日 日間	年 月 日	
受けた療養に対して 病院等で支払った額	1. 通貨					
	2. 金額					
	3. 国名					
第三者の行為による 負傷であるとき	1. 第三者行為に該当 →	1.届出有り	1の場合 は加害 者の	氏名		
	2. 第三者行為に非該当	2.届出無し		住所		
<b>クボタ退職者は下欄を記入。在職者(クボタ・関連会社)又は関連会社退職者は、記入不要。</b>						
振込希望銀行 ※郵便局はお取り 扱っていません。	銀行名	銀行コード	支店名	支店コード	口座区分	口座No.
	名 義			フリガナ		

上記の通り請求します。なお、支払方法については、クボタ健康保険組合に一任します。

また、下記の事項について異議なく同意致します。

- ①他の保険者から照会があった時、又は他の給付を行う時この届の内容を参考とする場合があること。
- ②この届を事業主経由でクボタ健康保険組合に届けること。(除く、任意継続被保険者)

※1 平成 年 月 日

被保険者住所 〒

氏 名

TEL

印

クボタ健康保険組合 理事長 殿

添付書類:①診療内容がわかる明細書

②領収書

(病名、入院か外来の区分、診療日数について  
記載している部分は必ず和訳すること)

※1 請求日を記入

事業主の 住所・氏名	
---------------	--