

海外療養費支給申請書

ダイセル健康保険組合理事長 殿

| | | | | | | | | |
|--------------------------------------|-----------------|------|--------|------------------|--------------------|----------------|----------|----|
| 被保険者証の 記号及び番号 | 記 号 | 番 号 | 事業所の名称 | | | | | |
| 傷 病 名 | | | | 被保険者氏名 | (印) | | | |
| 発病又は負傷の年月日 | 平・令 | 年 | 月 | 日 | | | | |
| 診療又は手当の 内 容 | | | | | | | | |
| 渡 航 目 的 | | | | 診療又は手当 の 期 間 | 平・令 | 年 月 日から 平・令 | 年 月 日のうち | 日間 |
| 診療を受けた 病院等の 名称 所在地 医師の氏名 | | | | 診療又は手当 に要した費用 | ¥ (領収証を添付して下さい) | | | |
| 発病または 負傷の原因 | *できるだけ詳しくお書き下さい | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 申請が被扶養者に関するときはその者の | 氏名 | 生年月日 | | 昭 平 令 | 年 | 月 | 日 | 続柄 |

(注) 下段の受領委任欄にもご記入、ご捺印下さい。

| | | | | | | |
|-----------------------|-------|----------------------------|------|----|-----|----|
| 支 給 決 定 伺 | 決定年月日 | 支給期間 | 常務理事 | 審査 | 担当者 | 受付 |
| | 年 月 日 | 平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日まで | | | | |
| (支給決定額) | | | | | | 円 |

| | | | | | | |
|------------------|---------------------------|--|--|--|--|-----|
| 受 領 委 任 | 上記の請求金額の受領方を事業主代理人に委任します。 | | | | | |
| | 平・令 年 月 日 | | | | | |
| | 被保険者氏名 | | | | | (印) |
| | ダイセル健康保険組合理事長殿 | | | | | |

※領収書1枚につき申請書も1枚必要です。

添付書類はA4サイズに揃え、A4以外は裏面に糊付けしクリップでまとめて下さい。