

海外療養費支給申請書

健康保険証の氏名の上を
ご覧下さい

ダイセル健康保険組合理事長

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		㊟
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
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

家族分の申請の場合に記入する

(注) 下段の受領委任欄にもご記入、ご捺印下さい。

この欄は、健保組合が使用します。

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。
	年 月 日
	被保険者氏名
	ダイセル健康保険組合理事長殿

本人の氏名、捺印

※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。