

提出日 令和 2 年 7 月 20 日

支給決定	法定	円	診療	適	自 令和 年 月 日 診療	常務理事	事務長	課長		係員
	附加	円		日	至 令和 年 月 日					
	計	円	日数	要	令和 年 月 日 支払					
ダイハツ健康保険証の記号・番号を記入して下さい。						令和 年 月 日 現在				
						= 円 (国名)				
						社保平均 1日 円 (疾病番号)				
本人の記入欄	療養費 支給申請書 (受給届)				記号番号 (100) 第 12345 号	所属		(人開)海外人事T 課班		
	海外 家族療養費 (第 回)				被保険者氏名 大発 太郎					
	受療者氏名	大発 太郎		被保険者との続柄 本人	発病又は負傷年月日及び原因	平成(令和) 2 年 5 月 10 日 虫歯				
	傷病名	歯科治療			診療開始年月日	平成(令和) 2 年 5 月 10 日			転帰	
					診療の期間	自 令和 2 年 6 月 10 日 至 令和 2 年 6 月 20 日 3日間				
療養の給付を受けることができなかった理由	海外駐在中 海外出張中			療養に要した費用額	Rp 600,000					
				傷病が第三者の行為による場合は其の事実及び第三者の住所氏名						

記入・押印してください。

上記のとおり「海外駐在中」に○をしてください。

なお、私の受ける給付金の支障方を事業主に委任します。

ダイハツ健康保険組合理事長殿

住所 *****、*****、*****、Jakarta, INDONESIA
被保険者氏名 大発 太郎 (大発)