

療養費

支給申請書

第二家族療養費（不要文字は消す）

《海外用》別紙、注意事項・申請手続き参照の事

被保険者 (請求者) 記入欄	被保険者証の 記号と番号	No 123-4567	部署名 〇〇部		事業所の名称 大建工業(株)		
	傷病名	〇〇病	発病又は負傷 の年月日	令和〇〇年XX月△△日			
	傷病の	原因	〇〇中にXXの理由で△△した				
		経過					
	診療を受けた病医 院等の	(名称) 〇〇医院	(所在地) 〇〇市XX町	(診療に従事した医師等の氏名) 〇〇 XX			
	診察の	内容	〇〇科処置・装具		診察に 要した 費用の 額	診察を受けなくなっ たときはその理由	
		期間	令和〇〇年XX月△△日から 令和〇〇年XX月△△日まで ZZ日間				
	装具装着	令和〇〇年XX月△△日				¥12,345- (別紙証拠書 類のとおり)	
	保険医療機関等で療養の給付を 受けることができなかった理由		装具、装着の為または、保険証不携帯の為				
	傷病が第三 者の行為に よるもので あるときは	その事実の 届出の有無	第三者の 住所、氏名 (不詳のとき はその旨)	申請が被扶 養者に関す るときは、 その旨	(氏名) 大建 花子 〇〇年XX月△△日生		
あり・なし		続柄			長女		
備考							
上記により申請します。 令和〇〇年XX月△△日 大建工業健康保険組合理事長殿		送金希望の場合は 送金方法と送金先	銀行 支店普 NO 名義人氏名(カナ) *ここは退職する方のみ記入 (〒123-4567)	被保険者 住所 〇〇市XX町△△丁目12-34-56 (請求者) 氏名 大建 太郎 印			
組合 処理 欄	支給 (支出) 決定	令和 年 月 日	常務 理事	印	支給 決定伺	本件支給決定のうえ 通知してよろしいか	事務長・係
	支給決定通知		出納日印		出納係		印
	令和 年 月 日				印		

(別紙)

調査に関わる同意書（海外療養費）

・治療開始日 令和〇〇年 XX 月△△日

・患者

(氏名) 大建 太郎

(住所) 〇〇市 XX 町△△丁目 12-34-56

(生年月日) 昭和〇〇年 XX 月△△日

大建工業健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、大建 太郎は、貴組合の職員あるいは、貴組合が委託した事業者が、海外療養費申請書類にある事実（療養行為を行った日時、場所、療養内容）を確認するため、申請書類の提供等によって、療養行為を行った者に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

また、上記確認必要な資料として、貴組合へパスポートの写し（本人確認欄・出入国のわかる面）を提供することに同意します。

署名・押印欄

署名・押印は、治療を受けた本人が行って下さい。なお、次の場合は、親権者（本人が未成年の場合）、成年後見人（本人が成年被後見人の場合）、法定相続人（本人が死亡している場合）が署名、押印して下さい。

(氏名) 大建 太郎



(住所) 〇〇市 XX 町△△丁目 12-34-56

(日付) 令和〇〇年 XX 月□□日

(患者との関係): 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 ()

※本同意書の有効期限は署名日から1年間です。