

支給決定伺	常務理事		事務長		係		支給金額		円
	備								
	考								

受付日付印



被保険者・家族

海外療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号及び番号	11-12345	標準報酬 等級	22	級	事業所 の名称	TOYO TIRE(株) 本社
	傷病名	インフルエンザ		発病又は 負傷の年月日	2019年1月23日		
	発病又は負傷の 原因及び経過	TTC出張時にインフルエンザ発症、医療機関を受診					
	被扶養者に関する ときはその者の氏名		被保険者 との続柄		生年月日	年 月 日	
	病院等で療養 を受けた期間	2019年1月23日 2019年1月26日	2日間	受けた療養に対し 病院で支払った額		25,000円	
	医療機関名称	NIPPON MEDEICAL CLINIC					
	医療機関所在地	1950 Sawtelle Blvd., Suite 100 ,Los Angeles, CA,80025, USA					
	診療した医師氏名	〇〇 〇〇					
	診療の内容	内診と薬の処方					
	と こ ろ	上記によって申請します。 2019年2月5日					
	被保険者の住所			〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇			
	Tel			(000)0000-0000			
	氏名			健保 太郎 健保			
	従業員No.			〇〇〇〇			
TOYO TIRE健康保険組合 殿							

◎診療内容の明細（翻訳されたもの）と領収明細書と領収書（原本）を必ず添付してください。

被保険者 被扶養者 に関する 事業主の証明	上記のとおり相違ないことを 証明します。 年 月 日	事業主の 住所 名称 氏名印	印
--------------------------------	----------------------------------	-------------------------	---

委任状	
上記の海外療養費の受領を 〇〇 〇〇 に委任します。	
2019年 2月 5日	被保険者氏名 健保 太郎 健保