

支給額	※	円	支払年月日	常務理事	事務長	課長	係
			平成 年 月 日				

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書

本・家印

※ 処理区分 **立替払等26** ・ 治療用器具 24 ・ あんま22 ・ マッサージ21 ・ 針灸23

提出日 平成29年1月6日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号番号	記号 11 番号 1234	被保険者の (申請者) 氏名と 生年月日	健保 一郎 昭和55年10月10日 (内線 915)	印
	事業所名所在地	OLYMPUS AMERICA INC. 1234 CORPORETE PKWY, CENTER VALLEY, PA 12345, USA			
	申請が被扶養 者に関する ときはその方の	氏名 健保 花子	生年月日 昭和57年8月8日	続柄 妻	
	傷病名	虫歯	発病又負傷の 年月日	平成28年11月3日	(15 時頃)
	発病又は負傷の 原因及びその経過	奥歯がひどく痛み、治療			
	診療を受けた病院 等の名称及び 住所	名称 ABC Denntal Cere P.C 住所 1234 South, 56th Street Quakertown PA	医師の氏名 DEBORAH A. TEL 123-456-7890		
	診療の期間 (支給期間)	自 平成28年11月3日 至 平成28年11月3日	から 1 日間 まで	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来	
	入院の場合 入院期間	自 年 月 日 至 年 月 日	から 日間 まで	治療に要した 費用の額	\$123,456
	診療又は 手当の内容	削って詰め物をした			
	健康保険を受け ることができ なかった理由	海外勤務だったため			
医療助成について	<input type="checkbox"/> 受けている () <input checked="" type="checkbox"/> 受けていない				

注)被保険者は全て給与組込しますので、「振込を希望する金融機関」欄の記入は不要です。また、任意継続者につきましても、保険料を引き落とししている郵便局の口座に振り込みますので、「振込を希望する金融機関」欄の記入は不要です。

融 機 関 を 希 望 す る 金	金融機関 コード	1111	金融機関名	〇〇〇
	店番号	123	支店名	幡ヶ谷
	預金種目	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	12345678
	口座名義	カタカナ コウガク イチロウ 漢字 光学 一郎		

注)任意継続者以外は全て給与組込しますので、受取代理人の本人欄に記名、捺印してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。委任者と代理人との関係	平成 年 月 日	※ 受付印
	本人 住所 1234 HIGH VISTA, GREFIELD VALLEY, PA 5678, USA 氏名 光学 一郎	在籍中の被保険者は会社が代理人になりますので 「受取代理人の欄」の本人欄に記名・捺印をお願いします	印
代理人 住所 氏名			印

備考 被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要)には、備考欄に記載して下さい。
個人番号を記載した場合は、下記内容に同意の上、「チェックボックス ()」にチェックを入れてください。
 本申請書の提出について、事業主に委任いたします。(委任する場合)

オリンパス健康保険組合