

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	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)		
	事業所名 及び所在地	OLYMPUS AMERICA INC. 1234 CORPORETE PKWY, CENTER VALLEY, PA 12345, USA				
	被扶養者のとき 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	医師の氏名 DEBORAH A.	1234 South, 56th Street Quakertown PA Tel 123-456-7890		
	診療の期間 (支給期間)	自 平成28年11月3日	から 平成28年11月3日	まで 1 日間	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来	
	入院の場合 入院期間	自 年 月 日	から 年 月 日	まで 日間	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みしますので、「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みしますので、受取代理人の本人欄に記名してください。

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 令和 年 月 日			※ 受付印
	本人	住所	1234 HIGH VISTA, GREFIELD VALLEY, PA 5678, USA	
	代理人	住所	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」の本人欄に記名をお願いします				

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。 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/>)
----	--