

被保険者
被扶養者 療養費補助金支給申請書

Health Insurance Claim Application
(出産一時金・埋葬料を除く)

(This form not to be used for child care lump-sum grant or funeral expense claims)

健康保険組合 御中
To: Health Insurance Society

年 月 日

Date

店番 _____

Division / Branch Code

海外部店名 _____

Name of Overseas Division / Branch

担当役付者名 _____

Name of person in charge of general affairs

被保険者記号・番号 _____

The Insured Number

被保険者氏名 _____

Beneficiary's name

1. 申請額(現地通貨) _____
Claimed amount(in local currency)

内訳 入院外 _____
Type Out patient

入院 _____
Hospitalization

2. 傷病名(疾病分類表参照)

Type of illness (See "Table of International Classification of Disease") or inoculation

日本語で記入 _____

Fill in Japanese

3. 初診日 年 月 日

Date of first diagnosis

4. 診療期間 入院外 年 月 日から 年 月 日まで 日(受診日数)

Period of Out patient from to Days of illness

diagnosis 入院 年 月 日から 年 月 日まで 日(入院日数)

Hospitalization from to Days of illness

総費用の内・入院室料 _____

Amount of room charge included in total cost

5. 被扶養者分の申請の場合は、その氏名、生年月日および続柄

If the patient is a dependent, fill this section items

氏名 _____ 年 月 日生(続柄)

Name of patient Date of birth (Relationship)

6. 医療機関の名称

Name of hospital and / or attending physician

注1. 医療機関の領収書(オリジナル)を必ず添付して下さい。

Note 1. Original hospital receipt must be attached.

注2. 歯科治療の場合は、領収書(オリジナル)の他に医師が記入して別紙治療明細書(書式健保海外2)を必ず添付して下さい。

Note 2. For dental treatment, both attending dentist's statement (Form : Kenpo Kaigai 2) and original receipt must be attached.

調査同意書 Agreement	健康保険組合またはその委託を受けた者が、事実確認のため医療機関等に照会を行い、必要な情報の提供を受けることに同意する。 I authorize Health Insurance Society and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information from the medical organization in order to verify.	委任状 Release	上記治療費・補助金の受領を事業主に委任する。 I entrust receipt of benefits to the employer.
	年 月 日 Date 患者氏名 Name of patient		年 月 日 Date 被保険者氏名 Beneficiary's name

健康保険組合使用欄 Do not write in the section below

一部不支給	コード:	理由	適用外金額
-------	------	----	-------

支給決定	法定	療養費	円	インフルエンザ予防接種(本・家) その他()	補助金額	<table border="1"> <tr> <td>常務理事</td> <td>事務長</td> <td>部長</td> <td>再鑑者</td> <td>担当</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	常務理事	事務長	部長	再鑑者	担当					
		常務理事	事務長				部長	再鑑者	担当							
		円														
	付加給付	一部負担還元金	円													
付加金		円														
		円														
	計	円														
	合計	円														

国番号	給付種別	1021・1022・2021・2022	続柄
-----	------	---------------------	----

【郵便】 〒105-0014 東京都港区芝2-4-3

三菱UFJ銀行健康保険組合 業務第二部宛

【行内メール】 東日本(7872-50) 三菱UFJ銀行健康保険組合 業務第二部宛