

**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 〇〇年〇〇月〇〇日
To: Health Insurance Society

Date
店番 000
Division / Branch Code
海外部店名 0000
Name of Overseas Division / Branch
担当役付者名 00 00
Name of person in charge of general affairs
被保険者記号・番号 0000-0000000
The Insured Number
被保険者氏名 健保 太郎
Beneficiary's name
内訳 入院外 US \$0000
Type Out patient
入院
Hospitalization

1. 申請額(現地通貨) US \$0000
Claimed amount(in local currency)

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 風邪
Fill in Japanese

3. 初診日 年 月 日
Date of first diagnosis

4. 診療期間 入院外 〇年〇月〇日から 〇年〇月〇日まで 〇日(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 健保 さくら 〇〇年〇〇月〇〇日生(続柄 妻)
Name of patient Date of birth (Relationship)

6. 医療機関の名称 0000 Clinic
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 Helth 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.
	〇〇年〇〇月〇〇日 Date 患者氏名 <u>健保 さくら</u> Name of patient		〇〇年〇〇月〇〇日 Date 被保険者氏名 <u>健保 太郎</u> 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 ()				
	付加給付	一部負担 還元金	円					
		付加金	円	常務理事	事務長	部長	再鑑者	担当
		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