日本郵船健康保険組合理事長　殿（申請：　被保険者　→　厚生チーム　→　日本郵船健康保険組合）

|  |  |
| --- | --- |
| 支給額 | 　　　　　　　　　　　円 |
| 資格取得年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 資格喪失年月日 | 　　年　　月　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 決裁日付 |  |
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|  |  |  |

**被保険者**

**被扶養者**

　　　　　　　　　　　　　**海外療養費支給申請書＜歯科＞**

（注意事項）

* この申請書には、「領収書」「歯科診療内容明細書」「翻訳文」の原本を必ず添付してください。
* 医療費の支給額は、国内で保険診療を受けた場合の基準に準じて決定され、支払われます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者の記号・番号 | 　　－ | 被保険者氏名 | 　　　　　　　　　　年　　月　　日生 |
| 被保険者住所 | 〒　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　　－　　　　－ |
| 事業所名 |  |
| 家族が療養をうけたときは、その者の氏名 |  | 生年月日 |  | 被保険者との続柄 |  |
| 発病又は負傷の年月日 | 　　　年　　　月　　　日 | 傷病名 |  |
| 発病又は負傷の原因 |  |
| 診療、薬剤の支給又は手当を受けた医療期間の | 所在地電話番号 | 　　　　　　　　　　　　TEL　　　　　－　　　　－ |
| 名称 |  |
| 診療を担当した医師等の氏名 |  |
| 診療又は手当の内容 |  |
| 診療又は手当を受けた期間 | 　　　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで　　　　　日間 | 診療に要した費用の額 |  |
| 保険医又は保険者の指定する者に療養を受けることができなかった理由 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 委　任　欄 | 私は、日本郵船（株）を代理人と定め、次の権限を委任する。上記により請求する海外療養費の受領に関すること。受付日付印　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　被保険者の住所　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代理人の住所　東京都千代田区丸の内２－３－２　　　　　　　　　　　氏名　日本郵船（株）　　　　　　　　　　　　　 |

社会保険労務士　記載欄