

(被保険者・家族)海外療養費請求書

九電工健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり、海外療養費を請求します。

請求日		令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
被保険者証の 記号・番号	記号 9 番号 99999	個人番号(12桁)	左欄に「記号・番号」を記入の場合は不要
被保険者氏名	九工 太郎		生年月日 ☐ 昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ☒ 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
住所 電話番号	〒(815 - 0081) 福岡市南区那の川〇丁目〇番〇号 日中に連絡可能な電話番号 (000 - 000 - 0000)		
事業所 所属 社員番号	会社名 株式会社●● 支店・営業所・部門 ▲▲支店 社員番号 (987654)		
受診者	☐ 被保険者本人 ☒ 家族 (被扶養者)	氏名 九工 花子	生年月日 ☐ 昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ☒ 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ☐ 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
傷病名	右足首捻挫		発病または 負傷年月日 ☐ 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ☒ 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
発病または 負傷の原因・状況	第三者の行為によるものである ☐ はい ☒ いいえ 「はい」の場合は、『第三者行為による 傷病届』を提出してください。		
海外で診療を 受けた理由 (滞在理由)	☒ 海外勤務(本人および同行家族) ☐ 業務出張(本人) ☐ 留学 ☐ 旅行 ☐ その他 ()		
診療を受けた 医療機関名	※複数の医療機関にかかった場合、複数月にわたり診療を受けた場合は、 各医療機関ごと、各診療月ごとに分けて、本請求書を提出してください。 〇〇〇 MEDICAL CLINIC (所在国名 アメリカ合衆国)		
診療を受けた日	令和 4 年 1 月 10 日から 令和 4 年 1 月 10 日まで (1)日間		
診療の内容	診察、レントゲン撮影、湿布薬の処方		
療養に要した 費用の額	通貨単位 530 (ドル)		
委任状	(会社名) 株式会社●● に委任する。		
	本請求に基づく給付金の受領を 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 被保険者 自筆署名 九工 太郎		

※ 提出前に記入および添付書類の
不備がないようにご確認ください。

【添付書類】

- ☐ 領収書
- ☐ 領収明細書
- ☐ 診療内容明細書

事業所担当者名・受付日の記入、または押印	
受付日: 令和 〇 年 〇 月 〇 日	担当者 日付印
担当者名 または	
社会保険労務士 確認欄	
必要に応じて、社会保険労務士 記載	

健保組合 担当

健保組合 受付印