

記入例

不要な方を二重線で消す

~~被保険者~~ 被扶養者 海外療養費支給申請書

被保険者証	記号	1111		被保険者氏名	麒麟 太郎		
	番号	95001			<small>捺印を忘れずに</small> 		
事業所名称		KIRIN INTERNATIONAL CORPORATION					
受診者名 (被保険者・被扶養者)		麒麟 花子	続柄	妻	生年月日	昭和 平成	45年 1月 3日
傷病名 (傷病箇所、部位も明記)		<small>詳しく書いてください。 内容により(特に虫歯や治療目的でカイロプラクティック利用)、 支給額を算出出来ない場合、改めて詳細を伺う場合があります。</small> 【例】歯周病(奥歯周辺)／虫歯治療(上前歯1本)／ ねんざ(右足首)／頭痛(風邪による) など			発病又は負傷の 年月日	平成	19年 12月 4日
診療・手当期間		平成 20年 1月 5日 ~	月内で実際に 通院した日数	受診内容 (選択)	初診	再診 (二回目以降)	
診療・手当内容 (なるべく詳しく)		【例】(虫歯治療)奥歯1本の神経を抜いて義歯を入れた／(ねんざ等)患部をレントゲン撮影し湿布薬を塗った など					
原因、経緯 (なるべく詳しく)		<small>けがなど原因がある場合、第三者が関係した場合には記入</small> 【例】(骨折)スキーで他者と接触し右肩骨折／(ねんざ等)自宅で階段を踏み外した／(明確でないもの)「不明」と記載 など					
傷病経過		【例】完治／通院中／入院中／療養中 など			総医療費	通貨	総額
					US\$		119
診療又は手当てを受けた 医師名、病院名、住所等		氏名又は名称			住所		
		Beiridge Dental			8/265Eddystone		
傷病が第三者の行為によ るときは、その氏名・住所							
上記に関する請求書の受領を		<small>こちらの欄は、事業所で記入</small>			<small>捺印を忘れずに</small>  に委任します。		
		平成 20年 月 日			住所		
被保険者		氏名			麒麟 太郎		
					<small>捺印を忘れずに</small> 		

【注記】

- 注1) 1ヶ月間で1傷病にかかった治療をまとめて一申請(1枚)としてください。
- 注2) 必ず、治療・手当に要した費用明細を添付してください。また、可能な限り治療内容が分かる資料も添付してください。
- 注3) 予防接種、正常分娩費用、海外での健康診断費用、業務上の負傷については給付対象外です。

キリンビール健康保険組合 御中

調査印	
-----	--

以下は健保記入欄

支給 決定 伺	支給期間	算出明細				
	自平成 年 月 日					
	至平成 年 月 日					
	日間					
	健保負担割合 7割・8割・9割			平成 年 月 日決定		
	為替レート			常務理事	事務長	担当者
	支給金額	円				