

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			被保険者氏名	㊟			
	番号							
事業所名称								
受診者名 <small>(被保険者・被扶養者)</small>		続柄		生年月日	昭和 平成	年	月	日
傷病名 <small>(傷病箇所、部位も明記)</small>				発病又は負傷の 年月日	平成 年 月 日			
診療・手当期間		平成 年 月 日 ~	平成 年 月 日 計 日	受診内容 <small>(選択)</small>	初診 再診 <small>(二回目以降)</small>			
診療・手当内容 <small>(なるべく詳しく)</small>								
原因、経緯 <small>(なるべく詳しく)</small>								
傷病経過				総医療費	通貨		総額	
診療又は手当を受けた 医師名、病院名、住所等				氏名又は名称		住所		
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					㊟ に委任します。			
		平成 年 月 日						
		住所						
		被保険者 氏名		㊟				

【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								
	為替レート								
	支給金額	円							
		平成 年 月 日 決定		常務理事		事務長		担当者	