

常務理事	事務長	調査	G L	担当

被保険者 海外療養費支給申請書 (第 回目)
被扶養者

三菱マテリアル健康保険組合

(注意事項)

4. 3. 2. 1.

標題の「被保険者」、「被扶養者」の別、および⑩の欄は、それぞれ該当する文字を丸で囲んでください。また、⑫⑬⑭⑮の欄は、それぞれ該当するほうに✓を入れてください。
 診療を受けたのではなく薬剤の支給だけを受けた場合と医師以外の者から手当を受けた場合は、⑦⑧⑨⑩⑪は、そのように読みかえて記入してください。
 個人情報の取扱いは、⑩の欄余白部分に被保険者振込口座(日本国内の口座に限り)を記入してください。
 この請求書に記載の個人情報は、この給付金の支払業務に利用して請求し、給付金が支払われることに同意されたものとして処理します。

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	① 被保険者証の	記号	② 事業所の 名称と所在地		
		番号			
	③ 傷病名				④ 発病又は負傷の年月日 平成 年 月 日 (負傷の場合は 時頃)
	⑤ 発病又は負傷原因				
	⑥ 傷病経過				
	⑦ 診療を受けた病(医)院	⑦ 名称			① 所在地
	⑧ 診療に従事した医師	⑦ 氏名			① 住所
	⑨ 診療内容				
	⑩ 診療期間	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日	日間	⑪ 診療に要した費用の額	金 円
	⑫ 診療期間中に入院したか否か	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来		(入院の場合は期間 自平成 年 月 日 日間 至平成 年 月 日 日間)	
	⑬ 療養給付を受けることができなかった理由				
	⑭ 第三者行為によって負傷したものであるか否か	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	⑮ 第三者行為によって負傷したときは	その事実の届出の有無	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
	⑯ 被扶養者に関する申請のとき	氏名	生年月日	S・H 年 月 日	被保険者の続柄
	⑰ 受診者は、現在、日本に帰国予定はありますか。または帰国されましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ↓ ↓ 海外在住の理由 [] ・渡航期間(平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日) ・渡航目的 海外滞在の理由 [] 上記のとおり申請いたします。 (郵便番号) - 平成 年 月 日 住所 (電話番号) 被保険者の _____ 氏名 ⑯ 生年月日 S・H 年 月 日				
	⑱ 上記給付金の受領方を右の者に委任します。 平成 年 月 日 住所 被保険者名 ⑱ 代理受領者 事業所名 ⑱ 印				

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

受付日付印