

算出の基礎	
支給額	円
支給期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間

支給支払決議書				
	常務理事			担当者
資格取得		年 月 日		
資格喪失		年 月 日		
支払年月日		年 月 日		

被保険者 療養費支給申請書 被扶養者

(海外立替)

(第 回目)

被保険者証の 記号・番号	(記号) 1 (番号) 100001	事業所の 名称	マルハニチロ株式会社		
		所在地	東京都江東区豊洲3-2-20		
傷病名	虫歯		発病又は負傷 の年月日	不明	
発病又は 負傷の原因	診療を受けた海外の病院の 名称・所在地・医師				
傷病の経過					
診療又は手当てを 受けた医療機関の 名称・所在地及び 医師の氏名	名称		所在地	東京都江東区〇〇〇〇〇	
	氏名		電話番号	電話 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	
診療又は 手当の内容	右膝用装具		入院期間	自 年 月 日	至 年 月 日
			領収書の日付	年 月 日	
診療又は手当 を受けた期間	自 令和 1年 5月 25日	5 日間	診療又は手当に 要した費用の額	金 6,170元 円也	
	至 令和 1年 6月 25日				
被扶養者に関 する申請の時	氏名	健 保 花 子	生年 月日	昭和 平成 令和 51年4月3日	続柄 妻
資格喪失者の場合 の振込先	銀行		支店	普通・当座	NO
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 1 年 6 月 28 日</p> <p>住所 東京都江東区〇〇〇〇〇</p> <p>被保険者の 氏名 健 保 太 郎 (印)</p> <p>マルハニチロ健康保険組合理事長殿</p> <p>医師の証明書と領収書を添付</p>					

※ 輸血及びコルセット等の治療用装具に関する申請のときは、「医師の証明書」と費用の「領収書」を添付してください。