

給付支給決定並びに支出伺						伺年月日	
常務理事	事務長	担当者				円	決裁年月日
			支給額			自 令和	年 月 日
						至 令和	年 月 日
						日間	

**海外用**

療養費(本人) 第二家族療養費(被扶養者) 支給申請書(入院・入院外)

ナブテスコグループ健康保険組合理事長 殿

被 保 険 者 ( 本 人 ) が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	フリガナ			印
	被扶養者が受診した 時はその者の氏名	フリガナ		受診者の生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	傷病名			初診年月日	平成 令和	年	月	日
	発病又は負傷の原因							
	症状の概要							
	処方、手術 その他の概要							
	病院等で療養を 受けた期間	自	年	月	日	日間	受けた療養に対し 病院等で支払った額 (通貨及び国名)	通貨 金額 国名
上記により請求します。 ただし、保険給付金の受領を下記事業主に委任します 令和 年 月 日 千 一 住所 _____ 被保険者氏名 _____ 印 電話 _____ ( ) _____								

※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	
----	--

事業主が証明するところ	この請求内容が正しいことを証明します。委任を受けた保険給付金の受領は貴組合との間で決められている所定の方法で受けとります。
	令和 年 月 日 受任者 事業所 所在地 名 称 事業主氏名 印

- ※必ず海外療養費調査に関わる同意書を記入・提出してください。
- ※パスポート(本人確認欄・入出国日付押印の査証欄又は査証)、航空券等の渡航事実が確認できる書類の写し、又は事業主の証明を添付してください。
- ※入院、入院外毎に1ヶ月単位で請求してください。
- ※医科は診療内容明細(様式A)と領収明細書所(様式B)と領収書、歯科の場合は領収明細書(歯科)と領収書を必ず添付してください。
- ◎被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。また、被保険者本人以外の方の押印は省略することができません。