

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**

**被保険者・家族 療養費支給申請書**

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					
	受診者氏名	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	至 年 月 日	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 _____ 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

※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。  
 ※訂正する場合は、二重線で消して訂正印を押してください。