

事業所担当者()<経由>→健保組合 (退職された方は直接健保へ送付)
 ※担当者を記入してください

医 科
 歯 科

被保険者
家 族
療養費請求書 (海外)

◎請求書は医療機関ごと・暦月ごと・受診者ごとにつき1枚記入して下さい。

| | | | | | | | |
|---------------------|--|--|------------------------|--------------------------|--------------------|--|--|
| ①被保険者の 記号・番号 | 記号 番号 | ②被保険者 の氏名 | | | | | |
| ③事業所の名称 | (赴任国 :) | | | | | | |
| ④被扶養者に関 する申請の場合 | 氏名 | 生年月日 | 年 月 日 | 才 | 続柄 (長男・長 女等) | | |
| ⑤発病または 負傷年月日 | 年 月 日 | ⑥傷病名 | | | | | |
| ⑦発病または 負傷の原因 | | | | ⑧海外渡航前から治療し ている傷病ですか? | はい ・いいえ | | |
| ⑨海外保険が適 用とならない理由 | 日本出国前からの持病 ・初診より 180 日以降の診療 ・歯科 ・海外出生児 その他() | | | | | | |
| ⑩第三者行為に よるものですか | はい いいえ | | ⑪業務上または通勤途 上での傷病ですか | はい いいえ | | | |
| ⑫傷病の経過 | | | | | | | |
| ⑬診療を受けた 医療機関 | 名称 | 所在地 | | | | | |
| ⑭診療期間 | 年 月 日から 年 月 日まで 日間 | <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 | ⑮診療 費用 | 通貨 | 小数点 以下 | | |
| ⑯ 振込先 (被保険者名義) | 金融機関名 | 支店名 | 種別 | 口座番号 | 名義(カタカナで記入) | | |
| | | | 普通 当座 | | | | |

上記のとおり請求します。
 年 月 日

被保険者の住所 〒

氏名

電話番号 ()

ヤンマー健康保険組合理事長 殿

| | | | | | | |
|-----|---|-----|----------|------|-------------|--|
| 委任状 | 私は上記療養費の受領に関することを代理人と定め、次の権限を委任する。 | | | | | |
| | 年 月 日 被保険者の住所 氏名 代理人の住所 代表者氏名 | | | | | |
| 振込先 | 金融機関名 | 支店名 | 種別 | 口座番号 | 名義(カタカナで記入) | |
| | | | 普通 当座 | | | |

<添付書類> ※すべて原本
 ・診療内容明細書(様式A) } 医師が記入
 ・領収明細書(様式B)
 ・領収証

※上記が外国語で記載されている場合は日本語訳を添付してください。

※別途確認が必要だと判断した場合、海外渡航書類や同意書等の提出を求める場合があります。

| | | | | | | |
|-----------|----------|-----|----|----|---------|-----------|
| 健保記 入欄 | 領収証額 | レート | | | | |
| | 換算額: | × | × | 7割 | 8割 | = |
| | 1日あたりの点数 | × | 10 | × | 診療日数 | × 7割 8割 = |
| | 給付算出額: | × | 10 | × | × 7割 8割 | = |

分類: