

健保記入欄	資格	得	年	月	日
	喪		年	月	日

J-オイルミルズ健康保険組合 理事長 殿

※注意事項:すべて和暦で記入

健康保険 海外療養費等支給申請書

- 被保険者
 被扶養者

申請日

令和 3 年 5 月 1 日

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号 123 番号 456	被保険者 の氏名	〇〇 〇〇	①	生年 月日	昭 令 平 50 年 4 月 10 日
	事業所の名称	株式会社〇〇〇〇		日中の連絡先	123-1234-5678 (会社貸与携帯)		
	被扶養者に関する申請のとき	被扶養者 の氏名		〇〇 △△	生年 月日	昭 令 平 50 年 5 月 10 日	
	傷 病 名	急性気管支炎		発病又は負傷した日	昭 令 平 3 年 4 月 25 日		
	発病又は負傷の 原因およびその 経過	不詳			第三者行為によるものですか <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
	診療を受けた 病院等	名称	〇〇〇〇		診療した医師の名前	△△ △△	
		所在地	〒 〇〇〇△△△				
	診療の期間	令和 3 年 4 月 25 日 ~ 令和 3 年 4 月 25 日 1 日間				診療に要した費用の額 〇〇〇,〇〇〇 円	
	診療の内容	別紙のとおり		療養の給付を 受けることが できなかった理由	海外勤務に帯同していたため		
	<在職期間中に被保険者が申請する場合、本欄への記入をお願いします。> 本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。					令和 3 年 5 月 1 日	
住所 〒		100-0000 東京都〇〇区△△△					
氏名		〇〇 〇〇			②		

氏名を自署した場合は、押印不要です。

受 取 代 理 人 の 欄	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任する旨の旨を記載する	令和 3 年 5 月 1 日	
	被保険者 (請求者)	住所	
	氏名		
	代理人の氏名と印	氏名	
	代理人の住所 〒		

・在職中の方は記入不要
 ・相続人が申請の場合のみ、本欄とともに
 支払金融機関欄の記入をお願いします

支 払 金 融 機 関 欄	振込 本 預 口 口座名義人氏名	・在職中の方は記入不要 ・退職者で「在職中に生じた療養費」の場合 および任意継続者、相続人が申請の場合に記入してください。
---------------------------------	------------------------------	---

受付日付印

社会保険労務士 提出代行者の印
