

療 養 費 支 給 申 請 書
第 二 家 族 療 養 費 (海外療養費)
医科 歯科 ※どちらか対応するものに○を付す

受付日付印

事業主印

受診者が被保険者本人の場合は本申請前に、事業主の指定する傷害保険等の給付についてご確認のうえ申請して下さい。(注4)

被 保 険 者 記 入 欄	健康保険証 記号番号	記号 記号 保険証の記号・番号をご確認下さい	事業所名称				
	所 属		連 絡 先	日中連絡可能な番号(所属先内線・携帯電話など)			
	被保険者 氏 名	三 菱 太 郎					
	受診者 氏 名	三 菱 一 郎					
	受診者 生年月日	昭和・平成	年 月 日	年齢	歳	続 柄	
	疾病または 負傷の原因	できるだけ詳しく書く 観光中につまづいて転倒した。					
	傷 病 名	右足捻挫		受診した 期間	自 平成27年 9月 1日 至 年 月 日	入院・外来の別 <input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来	
受診した 医療機関 の所在地・ 名称・TEL	所在地	アメリカ △△州 ○○			診療費 の額	現地通貨	\$250.00
	名称	○○ General Hospital			診療費 の額	日本円 換算	申請時の売レードで記載のこと 30,000 円
TEL	00-0-00000-00000			診療内容	別紙診療明細書のとおり		
療養の給付を 受けることが 出来なかった 理由	海外で診療を受けたため		海外渡航の理由 (該当するものに☑する)	<input type="checkbox"/> 業務による渡航(渡航期間 / ~ /) <input checked="" type="checkbox"/> 業務外の渡航 <input type="checkbox"/> その他(渡航理由)			
添付書類 チェック欄	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ②		渡航期間を確認しますので、受診者の パスポートのコピー(1ページ目及び渡航 期間を証明できる渡航国の入出国スタ ンプがあるページ)を添付して下さい。				
上記のとおり請求します。支給金額の受領を事業主に委任します。(注6)							
住 所	〒 000 - 0000		○○県□□市△△ 1-1-1		申請書作成日を記入 平成 27年 10月 1日 三菱 太郎 (三菱印)		
健 保 組 合 決 定 入 欄	現地費用 合計額	(通貨単位:)	療 養 費 ・ 第二家族療養費	支給決定年月日 平成 年 月 日			
	換算レート	円	高額療養費	備考			
	請求額	円	一部負担還元金 ・ 家族療養付加金	被保険者資格得喪年月日			
	食事療養費	円	食 事 療 養 費	取得	平成 年 月 日		
	査定額	円	食 事 療 養 費	喪失	平成 年 月 日		
	自己負担額	円	支 給 額 合 計	常務理事	事務長	主任	担当
	割合 %	円	支 給 額 合 計				
食事療養費	円	支 給 額 合 計					

- (注) 1. 毎月23日を受付締切日とし、必要事項を確認のうえ支給決定後、翌月事業所経由で振込します。
2. 第三者行為(交通事故等)により負傷した場合は第三者行為による傷病届を提出することが給付の条件となりますので、速やかにご提出ください。なお、ご提出いただけない場合は給付制限または不支給となる場合があります。
3. 提出された添付書類をもとに、日本国内で保険診療を受けた際の診療内容に置き換えたうえで算定しますので、実際にかかった金額が支給されない場合もあります。あらかじめご了承ください。
4. 受診者が被保険者本人の場合、所属事業所より指定されている海外旅行傷害保険により給付を受けられる場合は、そちらが優先となりますので、ご注意ください。
5. 任意継続被保険者の方については、加入時に申請いただいた銀行口座へ振込みいたします。

調査に関わる同意書

治療開始日 年 月 日 ←西暦で記入して下さい
患者名 (受診者氏名を記入)
住所 (受診者の住所を記入)
生年月日 年 月 日 ←西暦で記入して下さい

三菱自動車健康保険組合 御中

私(療養を受けた者)、(受診者氏名を記入)は、三菱自動車健康保険組合の職員又は、三菱自動車健康保険組合が委託した事業者が、海外療養費申請書類にある事実(療養行為を行った日時、場所、療養内容)を確認するため、申請書類の提供等によって、療養行為を行った者に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。また、上記確認にあたり、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートを三菱自動車健康保険組合に提示することも併せて同意します。

対応する内容を英語で記入する

Agreement of Authorization

Starting date of medication Year Month Day
Name of patient
Address
Date of birth Year Month Day

To: Mitsubishi Motors health insurance society

I (patient who has received treatment) authorize Mitsubishi Motors health insurance society or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment ,place, and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms.

Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

署名・押印欄

署名・押印は、治療を受けた本人が行って下さい。なお、次の場合は、親権者(本人が未成年の場合)、成年後見人(本人が成年被後見人の場合)、法定相続人(本人が死亡している場合)が署名、押印して下さい。

氏名
住所 (署名を行った方の住所を記入)
日付 年 月 日 ←西暦で記入して下さい

患者との関係: 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 []

※ 本同意書の有効期限は署名日から3ヵ月間です。
なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要な事項を記載頂くことがあります。

Signature

Insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the case where the insured person is under age, guardian of adult (insured person is adult ward), heir (in the case of death of the insured person), or other person, the person shall sign one's signature.

対応する内容を英語で記入する

Signature (パスポートのサインと同じものをお願いします。)
Address
Date Year Month Day

Relation to the insured Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other

※ This agreement of authorization expires 3-month after the signed date. Also, we might ask you to fill out the formatted documents if your country or region, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.