20241001

三菱自動車健康保険組合　御中

(在職中の方は勤務先の健保担当窓口経由でご提出ください。)

# 療養費 / 第二家族療養費 支給申請書

**(海外療養費)□医科・□歯科**

該当する項目に☑してご提出ください。

受付日付印

受診者が被保険者本人の場合は申請の前に、事業主の指定する医療・障害保険等の給付について確認のうえご申請下さい。(注4)

## 被保険者記入欄

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者等 | 記号　　番号 | | 事業主使用欄<br>この申請書は被保険者が作成したものである □ | | | | |
| 事業所名称 | | | 記号・番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください | | | | |
| 所属 | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | 連絡先 | 日中連絡可能な番号(携帯電話など) | | | |
| 受診者氏名・枝番 | ・ | 受診者生年月日 | 昭和 平成 令和　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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 傷病名 | | 受診した期間 | 自　年　月　日<br>至　年　月　日 | 入院・外来の別<br>□入院　□外来 |

受診した医療機関の所在地・名称・TEL

所在地

名称

TEL

| | | |
|---|---|---|
| 診療費の額 | 現地通貨 | |
| | 日本円換算 | 申請時の売レートで記載のこと　円 |
| 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(該当する項目に☑)<br>□ 業務による渡航(渡航期間　/　～　/　)<br>□ 業務外の渡航<br>□ その他(渡航理由　) |

| | |
|---|---|
| 添付書類チェック欄 | □ ①調査に関わる同意書<br>□ ②領収書(原本・コピー不可)<br>□ ③診療内容明細書(原本・コピー不可)<br>□ ④パスポートのコピー<br>(本人確認(写真添付)ページ・渡航期間確認可能なページ) |

※日本語以外の書類は、全文和訳翻訳を付記してご提出ください。

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5)　令和　年　月　日

(〒　－　)

住所

被保険者氏名

## 健保組合記入欄

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 支給決定伺 | 現地費用合計額 | (通貨単位:　) | 療養費・第二家族療養費 | 円 | 支給決定年月日<br>令和　年　月　日 | | | | |
| | 換算レート | 円 | 高額療養費 | 円 | 備考 | | | | |
| | 請求額 | 円 | 一部負担還元金・家族療養付加金 | 円 | 被保険者資格得喪年月日 | | | | |
| | 食事療養費 | 円 | | | 取得 | □昭和 □平成 □令和　年　月　日 | | | |
| | 査定額 | 円 | 食事療養費 | 円 | 喪失 | 令和　年　月　日 | | | |
| | 食事療養費 | 円 | | | 常務理事 | 事務長 | 主任 | 担当 | |
| | 自己負担額 割合　% | 円 | 支給額合計 | 円 | | | | | |
| | 食事療養費 | 円 | | | | | | | |

(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

患者名

住　所

生年月日　　年　　月　　日

三菱自動車健康保険組合　御中

私（療養を受けた者）、　　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。

## 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

日付　　年　　月　　日

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 following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

Signature

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 countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.