

注意 ●各月毎、入院・入院外毎に、この様式1枚が必要
●該当する口に✓を記入 ●訂正の場合は二重線および押印必要

●消えない黒のボールペン等で記入
●記入漏れがある場合、支給が遅れる場合あり

被保険者(申請者)情報	保険証	記号	1 2 * *	番号	* * * * *	従業員番号	※事業主から指示があった場合のみ記入											
	事業所	会社名称	〇〇〇〇(株)		所属部署	〇〇工場 〇〇部												
	氏名	(フリガナ)	ケンコウ タロウ		確認欄	この届出については以下①又は②の要件を満たしたものである ①申請者本人(被保険者)が作成したものである ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している												
	生年月日	☒ 昭和 ☒ 平成	1	年	10	月	10	日	電話番号 (日中の連絡先)	080	(* * * *)	* * * *						
申請内容	住所	(〒 * * * - * * * *)	東京		都道府県	日野市〇〇町1-1 △△マンション101												
	1 受診者	☒ 被保険者 ☐ 家族(被扶養者)																
	家族の場合はその方の氏名					生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成	年	月	日								
	2 傷病名	虫歯				3 発病または 負傷年月日	☐ 平成 ☒ 令和	2	年	5	月	3	日					
	4 発病の原因および経過	☒ 病気 →発病時の原因				突然痛み出した			☐ ケガ →「負傷原因届」を 併せて提出									
	5 診療を受けた医療機関等の 国名	名称		所在地		診療した医師等の氏名												
		HANAKO DENTAL CLINIC		10 Sukhumvit 100 Alley, Khwaeng Khlong Tan Nuea, Khet Watthana, Krung Thep Maha Nakhon		健康 花子												
	6 診療種類	☒ 入院外 ☐ 入院																
	7 診療を受けた期間	初診日	☐ 平成 ☒ 令和	2	年	5	月	3	日	診療年月	☐ 平成 ☒ 令和	2	年	5	月	診療日 数	3	日間
		診療日に○ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																
8 療養に要した費用の額	14400 (THB) 通貨単位を記入(例:USD)																	
9 診療の内容	レントゲンを取り、神経抜いて歯を削り、シリコン埋めをした																	
受取方法	10 診療日時点の 渡航目的・渡航期間	1. 渡航目的 ☒ 海外出向(家族帯同含む) ☐ 海外出張 ☐ 旅行 ☐ その他() 2. 渡航期間 (☐ 平成 ☒ 令和 2 年 3 月 1 日 ~ ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日) ※2の期間が確認できるパスポートの写しを添付																
	☒ 1	保険証の記号が以下事業所の方 1211、1213、1217、1230、1234、 1236、1240 →本申請に基づく給付金に関する受領を 事業主へ委任※1(事業主経由で支給)																
	☐ 2	被保険証の記号1219の任意継続の方 →登録口座へ振込み																
	☐ 3	1、2以外の方 →指定口座(被保険者名義)に振込み 3. を選択した場合、右記a. b. どちらかを記入																
指定口座		☐ a. マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します (注)口座情報の反映には登録から数日を要します ☐ b. 以下指定口座への振込を希望します 金融機関名称 銀行 金庫 信組 本店 支店 農協 漁協 本所 支所 その他() 支店コード() 出張所 預金種別 ☐ 普通 ☐ 当座 口座番号 ▼カタカナ(姓と名の間は1マス開けてご記入ください。満点(・)、半満点(ゝ)は1字として記入) 口座名義																

被保険者のマイナンバー記載

(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

受付日付印

支払日付印