健康保険 [☐ 被保険者 / ☐ 家　族] （海外）療養費請求書

健康保険組合		
常務理事	事務長	扱者

請求日　　年　　月　　日　※被保険者氏名、委任状欄は入力できません。手書きでお願いします。

被保険者記入欄	被保険者等記号・番号	記号　ー　番号 ー	被保険者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)			
	事業所		所　属	（内線 ・ 外線　　）			
	対象者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	続柄		
	傷病名		発病または負傷した日	年　月　日（頃）			
	傷病または負傷の原因及びその経過		診療区分	☐ 外来 ☐ 入院			
	受診した医療機関	住所	治療期間	年　月　日から			
		名称		年　月　日まで　日間			
	診療に要した費用	（現地価）　通貨単位（　　）	第三者行為による負傷で	ある　・　ない			
	渡航目的（いずれかに✓）	☐ 出向・出張・駐在等 ☐ その他（旅行等）	渡航先国名				
	療養の給付を受けられなかった理由（いずれかに✓）	☐ 業務上の傷病で診療を受けたため。 ☐ 私傷病で診療を受けたため。					
	委任状 ※任意継続者、退職者は記入不要です	工機ホールディングス健康保険組合　理事長　殿 本請求に基づく給付金の受領を　　殿に委任します。 年　月　日 被保険者　住所 氏名					

添付書類	☐ ① 医療機関等で受け取った領収証および診療明細書の原本 ☐ ② 診療内容明細書【K0140/K0141】 ※医科または歯科のどちらか該当する方を医師にご記入頂いて下さい。 ☐ ③ ①・②の日本語訳【K0150/K0151】※どちらか該当する方をご使用下さい。 ☐ ④ 海外療養費請求に関する同意書【K0160】 ☐ ⑤ 渡航期間がわかるパスポートまたは旅券の写し

【任意継続者・退職者（資格喪失者）記入欄】

振込先	銀行 信金 信組 労金 農協	店 支店 出張所	口座番号		預金種別	普通　・　当座
			ﾌﾘｶﾞﾅ			
			口座名義			
			電話番号			

健保記入欄	資格取得日		支給額	円	内訳	療養費	円		
	資格喪失日					第二家族療養費	円		
	備考				出納印		受付印		

K0130(R06.12)