

事業所担当者() <経由> → 健保組合 (退職された方は直接健保へ送付)

医 科
歯 科

被保険者
 家 族 療養費請求書 (海外)

①被保険者証の 記号・番号	記号		②被保険者 の氏名			
	番号					
③事業所の名称						
④被扶養者に関 する申請の場合	氏名		生年月日	S H	年 月 日	被保険者 との続柄
⑤発病または 負傷年月日	年 月 日		⑥傷病名			
⑦発病または 負傷の原因						
⑧第三者行為に よるものですか	はい いいえ		⑨業務上または通勤途 上での傷病ですか	はい いいえ		
⑩傷病の経過						
⑪診療を受けた 医療機関	名称		所在地			
⑫診療期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	⑬診療に要 した費用		
⑭ 振込先 (被保険者名義)	金融機関名	支店名	種別	口座番号	名義(カタカナで記入)	
			普通 当座			

上記のとおり請求します。

年 月 日

被保険者の住所 〒

氏名

印

電話番号

()

ヤンマー健康保険組合理事長 殿

委任状	私は下記を代理人と定め、次の権限を委任する。 上記療養費の受領に関すること。					
	<p>年 月 日 被保険者の住所 氏名</p> <p>代理人の住所 氏名</p>					
振込先	金融機関名	支店名	種別	口座番号	名義(カタカナで記入)	
			普通 当座			

<添付書類> ※すべて原本

- ・診療内容明細書(様式A)
- ・領収明細書(様式B)
- ・領収証

} 医師が記入

※上記が外国語で記載されている場合は日本語訳を添付してください。

健保 記入 欄	領収証額	×	レート	×	7割	8割	=
	換算額:						
	1日あたりの点数	×	10	×	診療日数	×	7割 8割 =
	給付算出額:						