

支給決定伺	常務理事	事務長				担当
伺 年 月 日	令和 年 月 日	支 払 年 月 日	令和 年 月 日			
支 給 期 間	自 令和 年 月 日 日間 至 令和 年 月 日 日間	支 給 額	支 給 内 訳		金 額	
資 格 取 得	平成 年 月 日 令和 年 月 日				円	
資 格 喪 失	令和 年 月 日					
標 準 報 酬	月額 千円					

海外 被保険者 療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 証	記号	番号	被 保 険 者 氏 名			
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名			生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	続柄	
	療 養 支 給 の 申 請 を し た 理 由	・現在駐在中 ・出張中 ・旅行中		医 療 機 関 所 在 国 名			
	診療区分	1.通院期間	自 令和 年 月 日 ※ 至 令和 年 月 日 日	2.入院期間	自 令和 年 月 日 ※ 至 令和 年 月 日 日		
	発 病 ま た は 負 傷 年 月 日	平成 年 月 日 令和 年 月 日	負 傷 原 因 お よ び 状 況	どこでどのように			
	傷 病 名			症 状 に つ い て	(例)発熱・腹痛など		
	診 療 を 受 け た 医 療 機 関 名			医 師 の 氏 名			
	診 療 に 要 し た 費 用	通貨単位	※現地医療費日本円換算額		※海外医療費給付参考標準額		
	※欄は健康保険組合で記入します。						
	振込先	銀行コード	店 番 号	フリガナ			
	フリガナ			名義人			
	銀行・信組 信金・農協		支店	口座番号	普・貯・当		
上記のとおり申請いたします。							
令和 年 月 日							
被保険者 (申請者)							
JVCケンウッド健康保険組合 殿							
会社名 所 属 〒 自宅住所 氏 名 ☎ ()							

注意事項

(1) 当用紙は、受診者・医療機関別に、1か月(1日から末日まで)ごとに提出願います。

(2) 用紙C-7(3)号を漏れのないように丁寧に記載し、添付してください。

(3) 医科診療の申請をするときは、用紙C-9号と領収書を添付してください。

(4) 歯科診療の申請をするときは、用紙C-9号、C-11号と領収書を添付してください。

(5) 日本語の翻訳文を添付してください。

事業所 健康担当者 所属	健保受付印
年 月 日	