

健保決裁欄	理事長・常務理事	所属長	主担者

受付年月日	決定年月

海外用

療 養 費 請 求 書  
 第 二 家 族 療 養 費 請 求 書  
(被扶養者)

パナソニック健康保険組合 理事長 殿

事業所 担当者	氏名	〇〇 〇〇	電話	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
------------	----	-------	----	--------------

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	1 0 ・ 1 2 3 4 5 6 7	被保険者氏名	健保 太郎		
	受診者	健保 花子		受診者の 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	5 年 9 月 1 0 日生
	傷病名	急性上気道炎		発病又は負傷の 年月日	平成 2 7 年 8 月 2 5 日	
	傷病の原因と経過	留学先での疲労による免疫力低下で、咳・発熱の症状が出て、投薬を受ける				
	受けた療養に対する 病院等への支払額	通貨	ドル		◆ 資格喪失後の請求の場合は被保険者(請求者)に送金するため、 被保険者(請求者)名義の振込銀行口座を必ずご記入ください。 ※ 被保険者死亡のため、相続人が請求者となる場合、 被保険者との続柄が確認できる書類(戸籍謄本、住民票等)が必要。 (死亡時に相続人が健保の被扶養者であった場合は不要)	
		金額	420			
		国名	アメリカ合衆国			
	入院・入院外	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 入院外		(フリガナ) (金融機関コード)	(フリガナ) (店番コード)	
	診療期間	自H27年 8 月 25 日 至H27年 8 月 30 日	診療 日数	2 日	<input type="checkbox"/> 銀 行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> 本 店 <input type="checkbox"/> 支 店 <input type="checkbox"/> 出張所
	労災・通災又は第三者 行為による傷病で すか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	→「はい」 場合は「第三者 痛」を提出		＜第三者行為による傷病の例＞ 交通事故に遭った、他人から暴力を受けた、他人の ペットにかまれた、他人の打ったボールに当たった、 外食や仕出し弁当で食中毒に遭ったなど	
日本国内で受診でき なかつた理由 ※1	<input type="checkbox"/> ① 出向中 (家族帯同含む)		<input type="checkbox"/> ② 出張中		<input checked="" type="checkbox"/> ③ その他 (理由 海外旅行)	
※請求者名義の口座に限る →③その他の場合・・・パスポート(氏 名の頁、滞在国の入国あるいは出国 の押印が確認できる頁)の写しを添付						
上記のとおり請求します。ただし給付金の受領を下記事業主に委任します。						

パナソニック健康保険組合が医療機関等に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会を行うこと、また当該医療  
機関等が内容照会の回答をすることに同意します。

平成 27 年 9 月 10 日

(〒〇〇〇-〇〇〇〇)

住 所

〇〇県〇〇市〇〇町〇番〇号

被保険者氏  
名 健保 太郎

電 話 〇〇〇 (〇〇〇)〇〇〇〇



事 業 主 証 明 欄	この請求内容が正しいことを証明します。委任を受けた給付金の受領は、貴健保組合との間で定められている方法で受け取ります。					
	平成 2 7 年 9 月 2 5 日	事業所所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇番〇号			
	受任者	事業所名称	パナソニック〇〇株式会社			事業主 之印
会社立替のとき は「1」を記入→	受任者氏名	努力 実				

SEQ	本人・家族	傷病名	診療年月			日数	支給決定金額	
			年	月	日		千	円
	本・家							
	本・家							
	本・家							
元金額		入外区分	備考欄					
	千	入・外						
	円	入・外						
	千	入・外						
	円	入・外						

<添付書類>

- 「※1」③その他の場合・・・パスポート(氏名の頁、滞在国の入国あるいは出国の押印が確認できる頁)の写し
- 様式A「診療内容明細書」・「領収明細書」、もしくは医療機関が発行した診療内容の明細、領収明細書(要原本)
- 様式B「日本語訳」