

●ご注意: 申請は、1ヶ月単位(暦月1日～末日分)でまとめて記入をお願いします。

提出日 令和 年 月 日

健 保 記 入 欄	支給決定額	診療日数	摘要			常務理事	事務長	担当者
	円	日	自 令和 年 月 日	至 令和 年 月 日	令和 年 月 日支払			
<b>社保</b>								

被 保 険 者 ( 本 人 ) が 記 入 す る と こ ろ	<b>海外( <input type="checkbox"/>被保険者(本人)療養費 ・ <input type="checkbox"/>家族療養費 )申請書</b> (☑)で記入をお願いします				
	被保険者等の記号・番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください	被保険者の氏名	診療を受けた医療機関名	種別
	—				<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他(はり・きゅう、あんま・マッサージ、補装具)
	療養を受けた者の氏名	本人との続柄	生年月日	発病又は負傷年月日	傷病名
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
	発病の原因及び経過(詳しく)		治療内容の詳細(できるだけ詳しく)		診療を受けた期間(1ヶ月単位(暦月)でまとめて記入)
	<input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> けが (詳しく記入: )				令和 年 月 日 令和 年 月 日 日間
	療養の給付を受けることができなかった理由		療養を受けた者の海外渡航期間		療養に要した費用額(通貨名称 例:アメリカドル)
	<input type="checkbox"/> 海外勤務中 <input type="checkbox"/> 海外出張中 <input type="checkbox"/> 海外旅行中 <input type="checkbox"/> 海外留学中 <input type="checkbox"/> その他「 」		令和 年 月 日～ 令和 年 月 日		(通貨名称 )
	<b>歯科の場合は以下を必ず具体的にご記入ください</b>				給付金振込先(振込希望機関)
	●治療箇所...治療した箇所(番号)に○印をつけてください				銀行 支店
	永久歯(部位)		乳歯(部位)		<input type="checkbox"/> 座番号 <input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 当座
R 8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8 L	上の歯	R E D C B A   A B C D E L	<input type="checkbox"/> 座名義(カタカナ)		
R 8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8 L	下の歯	R E D C B A   A B C D E L	<b>公金受取口座</b>		
●治療内容の詳細... (例)右上7番(永久歯)が虫歯(C3)のため、歯を削り銀の被せをした				<input type="checkbox"/> 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 (利用する場合は☑、利用しない場合は給付金振込先を記入)	
上記の通り申請いたします。		被保険者住所			
エクセディ健康保険組合理事長 殿		被保険者氏名(本人署名)			