

・シヤチハタ不可  
・受取代理人の欄と  
同じもの

被保険者証の記号-番号	被保険者(申請者)の氏名・印		生年月日
123 - 4567	〒140 - 0002 東京都品川区東品川1-2-3-405		1. 昭和 2. 平成 47年7月18日
住所		連絡先 ※日中連絡の取れる番号	
〒140 - 0002		090-1234-5678	
事業所	名称	所在地	
	芝浦港運株式会社	〒108 - 0023 東京都港区芝浦1-23-45	
受診者	1. 被保険者(本人) 2. 被扶養者(家族)	被扶養者(家族)の場合はその方の氏名	生年月日
傷病名	う蝕(虫歯)	発病または 負傷年月日	1. 昭和 2. 平成 29年4月2日
発病の原因および 経過(詳しく)	1. 病気 2. ケガ	病気の場合は、下記に【原因および経過】をお書きください 海外赴任先で、急に歯が痛くなり受診。 ケガの場合は、別紙「負傷の原因について」を記入のうえ、併せてご提出ください 第三者行為によるものですか 1. はい 2. いいえ	
診療を受けた 医療機関等の 国名	名称	所在地	診療した医師等の氏名
[アメリカ]	SMILES DENTAL CLINIC	4321 Stone Valley Road, Danville, CA 98765, USA	TOM ICEBERG
診療を受けた期間	入院 外来 調剤	平成 29年4月2日 ~ 29年4月6日	日数 2 日間
療養に要した 費用の額	100	(アメリカドル) ※ ( )内には通貨単位を記入してください。(例:アメリカドル)	
診療の内容	診察の上、虫歯の治療と痛み止めの投薬を受けた。		
受診者の情報	受診者は、現在、帰国されていますか 1. はい 2. いいえ → 日本に帰国予定はありますか 平成 年 月頃 海外滞在の理由 ・渡航期間(平成 26年3月17日~平成 29年9月2日) ・渡航目的、海外滞在の理由 業務命令で海外に赴任していた為		

※添付書類については、HPをご覧ください。当組合までお問い合わせください。

※使用組合欄	
--------	--

支払機関の欄	振込先 金融機関名	銀行 金庫	本店 支店	〒	口座名義 (請求者名義のみ)
	預金種別 口座番号	1. 普通 2. 当座	No.		

受取代理人の欄	申請者	住所 氏名	平成 29年9月15日 東京都品川区東品川1-2-3-405 港 健太	・シヤチハタ不可 ・被保険者氏名の欄と 同じもの
	代理人	住所 氏名	東京都港区芝浦1-23-45 芝浦港運株式会社 芝浦 涼介	登録 印 振込依頼書にて 登録のもの