

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者等記号・番号※		被保険者（申請者）の氏名・印		生年月日		
	123 - 4567		フリガナ ミナト ケンタ 港 健太		昭和 47年 7月 18日 平成		
	住所				連絡先 ※日中連絡の取れる電話番号		
	〒 140 - 0002 東京都品川区東品川1-2-3-405				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		被扶養者（家族）の場合はその方の氏名		生年月日		
	1. 被保険者（本人） 2. 被扶養者（家族）				昭和 平成 令和 年 月 日		
	傷病名		う蝕(虫歯)		発病または 負傷年月日 平成 6年 11月 2日 令和		
	発病の原因および経過（詳しく）		1. 病気 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。 2. ケガ 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 [ アメリカ ]		名称 SMILE DENTAL CLINIC		所在地 321 Stone Valley Road, Danville, CA 98765,US		診療した医師等の氏名 TOM ICEBERG	
診療を受けた期間		入院 外来 調剤		平成 6年 11月 2日 ~ 6年 11月 6日 令和		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		診察のうえ、虫歯の治療と痛み止めの投薬を受けた。					
受診者の情報		(1) 受診者の海外渡航期間 令和 6年 4月 1日 ~ 令和 6年 11月 30日 ・日本に帰国予定はありますか <input type="checkbox"/> はい(令和 年 月頃) <input type="checkbox"/> いいえ ※海外渡航期間が確認できる書類として、以下のいずれかの書類を添付してください。 ・パスポートの写し(①氏名・顔写真と②当該期間の出入国スタンプのページ) ・査証(ビザ)の写し(氏名と有効期限が記載されたもの) ・航空券の写し(eチケットの控えを含む) (2) 診療を受けた期間における海外渡航(滞在)の理由を選んでください。 <input type="checkbox"/> 海外勤務(同行家族を含む) <input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> その他 [ ]					
※記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書(健康保険証)のいずれかでご確認ください。							
使 用 組 合 合							
支払機 関の 欄		振込先 金融機関名		銀行 金庫		本店 支店	
預金種別 口座番号		1. 普通 2. 当座		No.		フリガナ 口座名義 (請求者名義のみ)	
本申請および給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 記入日 6年 12月 5日							
申請者		住所 東京都品川区東品川1-2-3-405				受付印	
代理人		住所 東京都港区芝浦1-23-45 氏名 芝浦港運株式会社 芝浦 涼介					

※添付書類については、HPをご覧ください。