

支給決定書

常務理事	事務長	係員	担当者

支出科目	款	保険給付費		項	法定給付費		目	療養費				健保受付印									
		保険給付費	保険給付費		法定給付費	法定給付費		第二家族療養費													
支給金額								資格取得日	昭和 平成 令和		年		月		日						
支給期間	自	令和		年		月		日	資格喪失日	平成 令和		年		月		日					
	至	令和		年		月		日	被扶養者 認定日	昭和 平成 令和		年		月		日					
備考																	支給日		月		日

被保険者

被扶養者

海外歯科療養費支給申請書

被保険者証の 記号と番号	記号	〇〇〇				番号	〇〇〇〇															
傷病名	〇〇〇〇				傷病の年月日	令和	*	年	*	月	*	日	*									
傷病の原因	〇〇〇〇〇〇																					
傷病の経過	〇〇〇〇〇〇																					
治療を受けた 歯科医師の氏名及び住所	手当を受けた海外の病院等を記入																					
治療の内容	海外で手当を受けた内容																					
治療の期間	入院	自	令和	*	年	*	月	*	日	*	日間	診療、薬剤の支給 または手当に 要した費用の金額	*	*	*	*	*	円				
	入院外	至	令和	*	年	*	月	*	日	*	***		*	*	*	*	*	*				
療養の給付を受けなかった事由 (具体的に)	保険証で診療できなかった理由(海外勤務、または家族が海外勤務者に帯同等)																					
傷病が第三者の行為による場合 (第三者の情報)	氏名					住所																
	その事実	該当するときに記入																				
請求が被扶養者に関するときは、 その者の氏名・生年月日・続柄	氏名	(氏)				生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄											
	振込先指定口座	公金受取口座	<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、左の <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。 利用しない場合は、下記に振込口座情報をご記入ください。									
振込先指定口座	申請者	〇〇〇				銀行	〇〇〇〇				支店											
	OR 代理人	(金融コード)	****				(支店コード)	***				口座名義 (カタカナ)	〇〇〇 〇〇〇〇									
HOYA健康保険組合理事長 殿												上記によって請求します。				令和	**	年	**	月	**	日

氏名	(氏)	(名)	生年月日	昭和 平成	年	月	日		
住所	〒 -				電話	- -			

私は、代理人と定め、令和 年 月 日に請求した、海外歯科療養費の受領方を委任します。

委任状	代理人	氏名				
		住所				

代理人が受け取る場合にご記入ください。

※本届出に記入された個人情報は、当健康保険組合個人情報保護方針に定める事業にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。
※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考へ記載し、マイナンバーを確認できるものを添付してください。 令和4年10月11日現在