

常務理事	事務長	係員	担当者

支給決定書

支出科目	款	保険給付費		項	法定給付費		目	療養費			担当印			
		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		円			資格取得日	昭和 平成 令和	年	月	日	健保受付印				
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				

被保険者

被扶養者

海外歯科療養費支給申請書

被保険者等 記号と番号	記号				番号					
傷病名					傷病の年月日	令和	年	月	日	
傷病の原因										
傷病の経過										
治療を受けた 歯科医師の氏名及び住所										
治療の内容										
治療の期間	入院	自	令和	年	月	日	診療、薬剤の支給 または手当に 要した費用の金額	領収書の現地通貨でご記入ください		
	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)	おお									
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									
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				生年月日			続柄		
	(氏)				(名)			昭和 平成 令和	年	月
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☑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。)					
	振込先口座	申請者				銀行				支店
		OR 代理人	(金融コード)			(支店コード)				
普通				口座名義 (カタカナ)						
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								

※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。
※被保険者等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。
【添付書類】 歯科診療内容証明書

令和7年4月1日現在