

太枠線内は、すべて記入してください。

被保険者証の 記号・番号	-	事業所名			
受診者氏名		受診者の 生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	続柄	
傷病名		発病又は 負傷の日	令和 年 月 日		
発病又は負傷の 原因及び経過	※ケガの場合は、負傷原因届を併せて提出して下さい。				
傷病は第三者の行為 によるものですか	いいえ ・ はい ※「はい」の場合は、第三者行為による傷病届を提出して下さい。				
診療を 受けた 医療機関	国名			治療した 医師氏名	
	名称				
	所在地				
診療の内容					
療養に要した 費用の額	<p style="text-align: right;">※領収書は、原本を提出</p> ()通貨単位を記入(例:アメリカドル)				
診療期間	令和 年 月 日から	日数	入院期間	令和 年 月 日から	日数
	令和 年 月 日まで	日		令和 年 月 日まで	日
受診者の情報	受診者は、現在、日本に帰国予定はありますか。または帰国されましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ↓ 海外在住の理由 () ・渡航期間(令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日) ・渡航目的、海外滞在の理由 ()				
上記により申請し、給付金の受領を私の所属する保険給付金受領代理人に委任します。 令和 年 月 日 千 被保険者 住所 氏名					
明治グループ健康保険組合理事長 殿					

【被保険者証の記号・番号を記入すれば、マイナンバーの記入は不要です。】

被保険者証の記号・番号の代わりに、マイナンバー(個人番号)を記入する場合は、備考欄をご使用下さい。
 但し、その場合は、「個人番号の確認」及び「身元(実在)の確認」をできる書類の添付が必要となり、個人番号を記載した書類の
 取り扱いとして、所属する会社のルールに従って対応していただくため、事業所の健康保険事務担当者にお尋ね下さい。

備考欄

/ 健保受付印 \

健康保険事務確認者	健康保険事務担当者