

三菱健康保険組合 (被保険者・家族) 療養費支給申請書 (海外:医科)

- 《注 意》 * 暦月別、かつ入院・外来別に1枚ずつ記入してください。
 * 同一傷病の診療費用と薬剤費用は、1枚の申請書で一緒に申請してください。
 * 申請は費用を支払った日からなるべく3ヶ月以内に申請してください。
 * 給付は日本国内における同様の傷病に係る療養に要する標準的な費用の範囲内で行なわれます。予めご了承ください。

被 保 者 が 記 入 す る 欄	被保険者 記号-番号	8900-10		被保険者(請求者) 氏名	田川 洋一				
	被保険者 現住所	千葉県市川市市川7丁目8			事業所名称	丸の内商事株式会社			
	療養を受けた者の氏名	田川 郁	続柄	長女	生年月日	平成21年11月22日	年齢	10歳	
	傷病名	左足関節捻挫	発病または負傷年月日	令和元年5月7日	初診年月日	令和元年5月7日			
	外傷の場合 記入	負傷の原因(詳しく) 社宅の庭にある鉄棒から降りる時、左足をひねった。							
		第三者の行為によるものですか	いいえ		はい	業務上のものでしょうか	いいえ		はい
	どんな病状のため診療を受けましたか 左足首周辺が腫れ、痛くて動けない状態のため病院で診てもらった。 現在通院加療中。徐々に回復している。								
	診療の内容は どのようなも のでしたか	1. 問診	2. 検査: 内容 ()						
		3. 注射	4. 投薬 (内服 外用)	5. レントゲン	6. 手術	7. 輸血			
	8. その他: 内容 (消炎鎮痛処置)								
診療 日	外 来 (診療を受けた日をすべて記入)	令和元 年 5 月 7 日	令和元 年 5 月 8 日	令和元 年 5 月 9 日					
	入 院	年 月 日 から			年 月 日 まで 日間				
診療を受けた 病院等	医療機関名	ニューヨークセンターホスピタル							
	医 師 名	ロバート・スミス							
費用の額	152ドル			通貨の名称	米ドル				

同意欄	療養を受けた医療機関等に三菱健康保険組合が文書等により内容について照会することに同意します。 被保険者氏名 <u>田川 洋一</u>
-----	---

- 《添付書類》① 領収証の本紙(受診した日付が全て記載されていること。記載がない場合は、日付が確認できる医療機関発行の書類を別途添付すること。)
 ② 日本語以外で記載されている箇所には邦訳を付けること。

組 合 記 入 欄	支給期間	年 月 日 ~ 月 日 日間					
	診療費用	円	法定給付	円	付加給付	円	
	レートの	×	=	円			
	国内基準額	疾病No.	(外来・入院) 1日あたり	点×10×	日=	円	
	受付番号	-					

受付日付印