

被保険者
被扶養者

海外療養費支給申請書

被保険者等 記号・番号	記号 番号		被保険者が勤務する(していた)事業所の	名称 所在地	TEL ()
傷病名				発病又は負傷の 年月日	年 月 日
発病又は 負傷の原因					
傷病の経過					
診療又は手当を 受けた医療機関 の名称・所在地 及び医師の氏名	名称			国名 (日本語で記入) 所在地及び 電話番号	TEL ()
	氏名				
診療又は 手当の内容				入院期間 (装具装着日)	自 年 月 日 至 年 月 日
診療又は手当 を受けた期間	自 年 月 日 至 年 月 日 (日間)			診療又は手当に 要した費用の額	金 通貨単位

渡航目的					
渡航期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
被扶養者に関する申請のとき	氏名		生年月日	昭平令 年 月 日	被保険者との続柄
上記の通り申請します。 年 月 日					
住所					
被保険者の TEL					
氏名 印					
三菱鉛筆健康保険組合理事長殿					

▼原則、給付金は事業主経由でお支払いしますので、委任状に被保険者の住所、氏名を記入してください。

委任状	私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。			
	年 月 日	請求した	被保険者 被扶養者	療養費のうち	
	金.	円 也の受領に関すること。			
	年 月 日				
	住所:	〒			
	被保険者の	住所:			
	氏名:				印
	住所:	〒			
	代理人の	住所:			
	氏名:				印

▼給付金支払いを事業主へ委任した場合は、「振込先」は記入不要です。

振込先	銀行	支店 (普通当座)
-----	----	-------------

【添付資料】医科の場合、診療内容明細書(フォームA)および領収明細書(フォームB)。

歯科の場合、歯科診療内容明細書(フォームC)を医師(療養担当者)に記入してもらい添付。

【注意事項】全て和訳を添付してください。

輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほかこれに要した費用の「領収書」を添付して下さい。

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

・ 治療開始日 _____年____月____日
・ Starting date of medication Year_____ Month_____ Day

・ 患者
(患者名) _____ ④
(住所)
(生年月日) _____年____月____日

・ Patient
(Name of patient)
(Address)
(Date of birth) Year_____ Month_____ Day

三菱鉛筆健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、_____は、三菱鉛筆健康保険組合の職員又は三菱鉛筆健康保険組合が委託した事業者が、海外療養費申請書類にある事実（療養行為を行った日時、場所、療養内容）を確認するため、申請書類の提供等によって、療養行為を行った者に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

また、上記確認にあたり、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートを三菱鉛筆健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To : MITUBISHI PENCIL HEALTH INSURANCE SOCIETIES

I (patient who has received treatment) authorize MITUBISHI PENCIL HEALTH INSURANCE SOCIETIES or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment, place, and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms.

Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項を記載頂くことがあります。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.