

被 保 険 者
家 族

療養費支給申請書

・自費立替払い
・コルセット装着

注意事項

・自費立替払いの場合は裏面に診療明細を記入し、領収書（原本）を添付してください。
・コルセット装着の場合は、医師の装着証明書と装具の領収書（原本）を添付してください。

被保険者が記入する欄

被保険者証の記号番号		被保険者氏名			
—		事業所名称			
傷病名			発病または負傷の 年 月 日	年	月 日
発病または負傷の原因			傷病の経過		
保険医または保険者の 指定する者に就き療養 を受けることができな かった理由			診療または手当 を受けた医師 または歯科医師 の氏名及び住所		
診療または手当の内容	診療また は手当の 期 間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間	診 療 に 要 した 費 用 の 額	円	
傷病が第三者の行為に 因るものであるときは その事実並に第三者の 氏名及住所（氏名又は 住所不詳であるときは その旨）					
被扶養者が療養 を受けたときは その者の	氏名	生年月日	昭和 平成	年 月 日 生	被保険 者との 続 柄

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日 千 一

住所
被保険者
氏名

TEL < > () - () ㊟

ナオリ健康保険組合理事長 殿

◎郵便局・農協へは振込できませんので、必ず銀行・信用金庫を
指定してください。

被保険者等が記入する欄	振込希望の銀行等	預金の種類 普通 総合 当座	フリガナ		
			金融機関名	銀行 信用金庫	本店 支店
			店番	口座番号	
			フリガナ		
			口座名義人氏名		
受取代理人	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。				
	平成 年 月 日		住所 被保険者 氏名 ㊟		
	代理人の 氏名	(フリガナ)	平成 年 月 日 提出 受付日付印		
	代理人の 住所	〒 ー			

口座番号は請求者本人（給付金の受領を委任しているときは
受取代理人）のものを記入してください。

(ナオリ健康保険組合用紙)

海外療養費を請求される方へ

名古屋市東区武平町五丁目 1 番地
ナオリ健康保険組合

被保険者及び被扶養者が海外渡航中に急な病気でやむを得ず現地で治療を受けた場合には、海外で支払った医療費の一部の払い戻しを受けることができます。

この海外療養費の請求に関しては下記のとおりですのでよく読んで申請ください。

支給される範囲

健康保険で保険診療として認められた治療について支給が受けられます。

次のような場合は支給の対象外となります。

- (例)
- ・美容整形手術
 - ・高価な歯科材料や歯列矯正
 - ・治療を目的に海外渡航し、治療を受けたとき
 - ・交通事故やけんかななどの第三者行為や不法行為に起因する病気・けが

支給される金額

日本国内で同様の病気やけがで治療を受けた場合を基準にして算定されます。

算定した額の 7 割相当額が支給されます。

算定した額 > 病院で支払った額 = 病院で支払った額の 7 割相当額。

算定した額 < 病院で支払った額 = 算定した額の 7 割相当額

の場合、支給額が大幅に少なくなることがあります。

申請及び提出書類

- ・療養費支給申請書
- ・診療内容明細書（様式 A（医科）、様式 C（歯科））
- ・領収明細書（様式 B）
- ・領収書

診療内容明細書、領収明細書および領収書（受診者名、日付、金額が明確に記載されたもの）は原本を提出ください。

診療内容明細書および領収明細書は必ず医師に記載・署名をもらってください。

また、医療機関印も併せて押印を依頼してください。

（医療機関印の押印が難しい場合は、当組合までご連絡ください。）

診療内容明細書および領収明細書は原則、各月ごと、受診者ごと、医療機関ごと、入院・外来ごとに記載を依頼してください。

海外の医療機関で診療内容明細書および領収明細書を医師に記載してもらうのに費用が掛かる場合が考えられますが、その費用は申請者の負担となります。

診療内容明細書および領収明細書にはそれぞれ別添の邦訳を添え、翻訳者の住所・氏名・連絡先を記載し、押印ください。

申請者本人が記載しても構いません。

医療費の支払いをした日の翌日から数えて 2 年を経過すると時効により申請できません。

不明な点は、ナオリ健康保険業務課（052-618-5517）までお問い合わせください。