

支給期間	令和 年 月 日	支給支払い決裁書				
	令和 年 月 日	常務理事	事務長	会計	抜者	被扶養者 台帳照合
支払額	円					
支払年月日	令和 年 月 日					
備考		資格取得		年 月 日		
		資格喪失		令和 年 月 日		

健康保険

被保険者
被扶養者

海外療養費支給申請書

令和 年 月 日 提出

被保険者の記入するところ	被保険者証の 記号・番号	記号 番号	事業所の名称			
	被保険者の氏名と㊟	(フリガナ)	生年月日	昭・平 年 月 日		
	被保険者の住所	〒 - (フリガナ)			電話番号	
	被扶養者が該当の 場合その氏名	(フリガナ)	生年月日	昭・平・令 年 月 日	続柄	
	傷病名		発病または負傷年月日 (療養開始日)		令和 年 月 日	
	発病又は負傷の 原因及びその経過					
	診療を受けた病院等	(名称)				
		(所在地)				
	診療の期間及び 入院・入院外の別	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間			0 : 入院外 1 : 入院	
	第三者行為によるものですか	いいえ ・ はい	業務上、通勤途上によるものですか		いいえ ・ はい	
診療に要した費用	(通貨単位)					

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	
	被保険者の 住所 氏名	㊟
	事業所所在地 事業主名称 事業主氏名	㊟
		受付印

※申請に必要な書類は、①様式A・B・C、②各証明の項目内容(邦訳)、③調査に関わる同意書、④領収書(原本)、⑤渡航期間のわかるもの(パスポートや航空チケットの写し)、です。(省略不可)

- ・歯科以外を受診した場合:様式Aを医師に、様式Cを医師または病院等の事務長に証明を依頼してください。
- ・歯科を受診した場合 :様式Bを歯科医に、様式Cを医師または病院等の事務長に証明を依頼してください。

※受診者別、入院・外来別、各月毎に申請書を作成し、各証明(様式A・B・C)を医師に依頼してください。

※各証明(様式A・B・C)の次の項目について『■各証明の項目内容(邦訳)』に邦訳を記入し、翻訳者が署名捺印してください。(本人が翻訳した場合も同様)

- ・様式A:『2.傷病名・6.症状の概要・7.処方、手術その他の処置の概要』
- ・様式B:『II. 歯科治療の5~11の各材料、14その他』
- ・様式C:『(15)その他(項目明記)』

【2019.5改訂】