支給期間	令和　年　月　日 令和　年　月　日 間	支給支払決裁書				
		常務理事	事務長	会　計	扱　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㊞	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	生年月日	昭・平　年　月　日		
被保険者の住所	〒　－　(ﾌﾘｶﾞﾅ)	電話番号			
被扶養者が該当の場合その氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	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。

・歯科に受診した場合　: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)』

【2024.12改訂】