

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		<b>【見本】</b>				
支 払 年 月 日	令和 年 月					
備 考		資 格 取 得		年 月 日	資 格 壊 失	令和 年 月 日

健 康 保 険 被 保 険 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 記 号	記 号 ○○	事業所の名称	株○○○○	※任意継続の被保険者の方は 名称:「任意継続」と記入	
	被 保 険 者 の 氏 名	(フリガナ) ツバキ タロウ 椿 太郎	生年月日	昭・平 ○○ 年 ○ 月 ○○ 日		
	被 保 険 者 の 住 所	〒○○○-○○○○ (フリガナ) トキヨウト○○ク○○○100 東京都○○区○○○100	電話番号			03-3456-○○○○
	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	統 柄	
	傷 病 名	急性気管支炎	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	原因不詳、経過良好				
	診療を受けた病院等	(名称) ○○○○ホスピタル (所在地) 1234 E. ○○○ Ave. Denver, Colo				
	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	1	○ : 入院外 まで 日間 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) USドル				

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	東京都○○区○○○100			
	氏 名	椿 太郎			
	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】