

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	【見本】					
支払年月日						令和 年 月
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	株式会社○○○○ ※任意継続の被保険者の方は 名称:「任意継続」と記入			
	被保険者の氏名と⑧	(フリガナ) ツバキ タロウ 椿 太郎 ⑧	生年月日	昭 平 ○○ 年 ○ 月 ○○ 日			
	被保険者の住所	〒○○○-○○○ (フリガナ) トキヨウ ○○○○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	続柄
	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	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) USD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
	被保険者の氏名	椿 太郎 ⑧
	事業所所在地	
	事業主名称	⑧
	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】