

支払年月日	年 月 日	常務理事	事務長	会計	担当者
支払額	円	疾病コード () 点			
資格	取得	年 月 日	<input type="checkbox"/> 入院 ・ <input type="checkbox"/> 外来 ・ <input type="checkbox"/> 調剤		
	喪失	年 月 日			
療養	開始	令和 年 月 日			
	終了	令和 年 月 日			

健康保険 被保険者・家族 海外療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号・番号	123 4567	② 事業所の 名称	〇〇〇〇(株)			
	③ 被保険者の (申請者) 氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保太郎	④ 被保険者の 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 ×× 年 10 月 1 日			
	⑤ 被保険者の (申請者) 住所	〒 ××××〇〇〇〇〇〇〇〇,〇〇〇〇〇〇〇〇,〇〇 ××××× 電話 (123) 456 - 7890					
	⑥ 被扶養者 ※申請が被扶養者に関する 場合のみ記入	氏名	健保花	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 ×× 年 3 月 3 日 <input type="checkbox"/> 令和	被保険者との 続柄	妻
	⑦ 傷病名	右足首捻挫	発病又は負傷 年月日	××××年 3 月 9 日			
	⑧ 発病又は負傷の原因 及びその経過	階段を踏み外したため			⑨ 第三者行為によるものですか <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい		
	⑩ 診療を受けた医療機関	名称	〇〇〇〇〇 MEDICAL CLINIC	診療した 医師名	〇〇〇〇〇		
		所在地	××××〇〇〇〇〇〇〇〇, 〇〇〇〇〇〇〇〇,〇〇		国名	アメリカ	
	⑪ 診療の期間 (支給期間)	自 ××××年 3 月 9 日	至 ××××年 3 月 15 日	3 日間	区分	<input type="checkbox"/> 入院 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤	
	⑫ 診療の内容	テーピング 投薬	⑬ 診療に要した 費用	80	通貨の種類 〔 US \$ 〕		

委 任 状	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。	
	令和 ×× 年 4 月 25 日	
	被保険者 (申請者) 住所	××××〇〇〇〇〇〇〇〇,〇〇〇〇〇〇〇〇,〇〇
	氏名	健保太郎
代理人 事業所名	〇〇〇〇株式会社	
氏名	〇 〇 〇 〇	

受 付 印

- 【添付書類】
- ・ 診療内容明細書 (様式 A または様式 C)
 - ・ 診療内容明細書の日本語訳 (様式 A または様式 C)
 - ・ 領収明細書 (様式 B)
 - ・ 領収明細書の日本語訳 (様式 B)
 - ・ 領収書の原本