

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"/> 歯科 ・ <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			② 事業所の 名称			
	③ 被保険者の (申請者) 氏名	(フリガナ)		④ 被保険者の 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		
	⑤ 被保険者の (申請者) 住所	〒 電話 ( ) -					
	⑥ 被扶養者 ※申請が被扶養者に関する 場合のみ記入	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	被保険者との 続柄		
	⑦ 傷病名			発病又は負傷 年月日	年 月 日		
	⑧ 発病又は負傷の原因 及びその経過					⑨ 第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい	
	⑩ 診療を受けた医療機関	名称			診療した 医師名		
		所在地			国名		
	⑪ 診療の期間 (支給期間)	自	年 月 日	日間	区分	<input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤	
	⑫ 診療の内容			⑬ 診療に要した 費用	通貨の種類 ( )		

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 月 日					
	被保険者 住所 (申請者) 氏名 _____					
	代理人 事業所名 氏名 _____					

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