

被 保 険 者
家 族

海外療養費支給申請書

(令和 年 月 診療分)

申請年月日	令和 年 月 日	事業所(会社)の名称			
被保険者証の記号・番号	記号	番号	(フリガナ)		
			被保険者氏名		
連絡先住所・電話番号	(〒 -) (TEL :)				
渡航目的	<input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 業務外(旅行等)	渡航期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	渡航先 国名	
対象者氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	被保険者 との続柄
傷病の種類 および傷病名	<input type="checkbox"/> 病気 ・ <input type="checkbox"/> けが ※けがの場合「負傷原因届」を併せてご提出ください。 (傷病名)	発病または 負傷年月日	令和 年 月 日		
発病または負傷 の原因(詳しく)					
傷病の経過	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> その他 ()				
診療を受けた 医療機関	名称				
	住所				
診療区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外	初診日	令和 年 月 日	診療または 手当の期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間
診療に要した 費用の額	(現地通貨)	療養の給付を受けることが できなかった理由		<input type="checkbox"/> 海外旅行中に診療を受けたため <input type="checkbox"/> その他	
傷病が第三者の 行為に因るもの であるか否か	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合、「第三者の行為による傷病届」を併せてご提出ください。				
委任状	給付金の振込について : 健保から事業主へ振込み、事業主から被保険者へ給与に含めて振込まれます。 給与合算手続きを事業主に依頼するため、必ずご署名ください。				
	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名				

K009

※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

二重線上には訂正印または記入者のフルネーム署名が必要です。

受付日付印