

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	被保険者氏名	(フリガナ)	
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					
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」の提出が必要です				
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
-------