レゾナック健康保険組合　常務理事 殿

□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		
被保険者等記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	
連絡先住所・電話番号	（〒　　－　　） （TEL：　　）				
渡航目的	□業務上 □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	□昭和 □平成　　年　　月　　日 □令和	被保険者との続柄	
傷病の種類および傷病名	□ 病気　・　□ 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	□良好　□治癒　□治療中　□その他（　　）				
診療を受けた医療機関	名称				
	住所				
診療区分	□入院 □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	□海外勤務中に診療を受けたため □海外旅行中に診療を受けたため □その他（　　）	
傷病が第三者の行為に因るものであるか否か	□ 有　・　□ 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