

支給額	円	支払年月日	令年月日
資格取得	昭・平・令	年月日	資格喪失令年月日

理事長	常務理事	事務長	担当

## 健康保険 海外療養費 支給申請書

被保険者 (申請者) 情報	記号	番号	マイナンバー			
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
	氏名 (フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
住所	(〒 - )		TEL	( )		

※任意継続被保険者は、以下にご本人名義の振込先をご記入ください。

振込口座	銀行 金庫 信組 農協 漁協		本店 支店 出張所
	普通	口座番号	口座名義

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
	2 傷病名			3 発病または負傷年月日	令和	年 月 日	
	4 発病の原因および経過(詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 (原因および経過) <input type="checkbox"/> 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。					
	5 診療を受けた医療機関の	名称	所在地	診療した医師等の氏名			
	国名	名称	所在地	診療した医師等の氏名			
	6 診療を受けた期間	(令和)年 月 日	から	(令和)年 月 日	まで	日数	日
	6-① 上記期間に入院していた場合はその期間	(令和)年 月 日	から	(令和)年 月 日	まで	日数	日
	7 療養に要した費用の額	通貨単位(例:アメリカドル)		8 診療の内容			
	9 受診者の情報	(1) 受診者の海外渡航期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ※海外渡航期間が確認できる書類として、以下のいずれかを添付してください。 ・パスポートの写し(①氏名・顔写真と②当該期間の入出国スタンプのページ) ・ビザの写し ・航空券の写し (2) 診療を受けた期間における海外渡航(滞在)の理由 <input type="checkbox"/> 海外勤務(同行家族を含む) <input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> その他( )					

事業主証明欄	上記のとおり相違ないことを証明する。 請求者より委任を受けた給付金は、当事業所と貴組合との間で定められた方法で受領し、請求者へ給付します。	令和 年 月 日
	事業所所在地	
	事業所名称 事業主氏名	

委任状	給付金の受領を上記事業主に委任します。	令和 年 月 日
	氏名(自署)	
		※任意継続被保険者は記入しないでください。

### ※注意事項

日本国内で保険適用となっていない療養(治療)は、支給対象外となります。

受付日付印