

受付年月日	年月日
伺年月日	年月日
決裁年月日	年月日
支給額	円
支給期間	自年月日 至年月日 日間

支給支払決議書			
資格取得	年月日	資格喪失	年月日
支払年月日	年月日		

健康保険（被保険者・被扶養者）海外療養費支給申請書（第 回目）

被保険者（申請者）が記入するところ	①被保険者証 記号・番号	—		②被保険者（申請者） 氏名		
	③被保険者住所	〒_____				
	④生年月日	年月日	⑤事業所名称			
	療養が被扶養者（家族）に関するとき	⑥受診者氏名			⑦生年月日	年月日
	⑧傷病名					
	⑨発病又は負傷年月日	年月日頃				
	⑩発病又は負傷の原因					
	⑪症状の概要					
	⑫第三者（相手）行為による傷病ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		⑬業務上または通勤途上の傷病ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	⑭診療を受けた病院等	名称			医師名	
	⑮診療の期間	自年月日 至年月日 日間	⑯入院・入院外の別			<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外
	⑰診療の内容					
	⑲療養に対する病院等への支払額	通貨（ ） 金額（ ） 国名（ ）				
	⑳海外に滞在していた理由	1. 海外出向中 2. 海外出張中 3. 海外旅行中 4. 海外留学中 5. その他（ ）				
	上記の通り請求します。ただし給付金の受領を下記の受取代理人に委任します。					
年月日 被保険者 住所 (申請者) 氏名						

（事業所記入欄）

受取代理人の欄	代理人の住所 代理人の氏名
---------	------------------

受付印