支払年月日	年　月　日	常務理事	事務長	会計	担当者
支払額	円				
資格 取得	年　月　日	疾病コード（　　）　点			
資格 喪失	年　月　日				
療養 開始	令和　年　月　日				
療養 終了	令和　年　月　日	□ 入院 ・ □ 外来 ・ □ 調剤			

健康保険 被保険者･家族 海外療養費支給申請書

被保険者が記入するところ				
① 被保険者等記号・番号	・	② 事業所の名称		
③ 被保険者（申請者）の氏名	(フリガナ)	④ 被保険者の生年月日	□昭和 □平成 年　月　日	
⑤ 被保険者（申請者）の住所	〒　電話（　）　－			
⑥ 被扶養者 ※申請が被扶養者に関する場合のみ記入	氏名	生年月日	□昭和 □平成 □令和 年　月　日	被保険者との続柄
⑦ 傷病名		発病又は負傷年月日	年　月　日	
⑧ 発病又は負傷の原因及びその経過		⑨ 第三者行為によるものですか	□ いいえ ・ □ はい	
⑩ 診療を受けた医療機関	名称	診療した医師名		
	所在地	国名		
⑪ 診療の期間（支給期間）	自　年　月　日 至　年　月　日　日間	区分	□ 入院 ・ □ 外来 □ 調剤	
⑫ 診療の内容		⑬ 診療に要した費用	通貨の種類（　　）	

委任状		受付印
本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和　年　月　日 被保険者（申請者） 住所 氏名 代理人 事業所名 氏名		

【添付書類】
- 診療内容明細書（様式 A または様式 C）
- 診療内容明細書の日本語訳（様式 A または様式 C）
- 領収明細書（様式 B）
- 領収明細書の日本語訳（様式 B）
- 領収書の原本