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	123　4567	② 事業所の名称	○○○○㈱
③ 被保険者（申請者）の氏名	(フリガナ) ケンポ　タロウ 健　保　太　郎	④ 被保険者の生年月日	□昭和 ☑平成 ××年 10 月 1 日
⑤ 被保険者（申請者）の住所	〒 ××××○○○○○○○○○,○○○○○○○○○,○○ ××××× 電話 (123)456 －7890		
⑥ 被扶養者 ※申請が被扶養者に関する場合のみ記入	氏名 健　保　花	生年月日	□昭和 ☑平成 ××年 3 月 3 日 □令和
		被保険者との続柄	妻
⑦ 傷病名	右足首捻挫	発病又は負傷年月日	××××年 3 月 9 日
⑧ 発病又は負傷の原因及びその経過	階段を踏み外したため	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 ○○○○○ MEDICAL CLINIC	診療した医師名	○○○○○
	所在地 ××××○○○○○○○○○,○○○○○○○○○,○○	国名	アメリカ
⑪ 診療の期間（支給期間）	自××××年 3 月 9 日 至××××年 3 月 15 日　3 日間	区分	□ 入院 ・ ☑ 外来 □ 調剤
⑫ 診療の内容	テーピング　投薬	⑬ 診療に要した費用	80　通貨の種類 〔US＄〕

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 4 月 25 日 被保険者（申請者） 住所 ××××○○○○○○○○○,○○○○○○○○○,○○ 氏名 健　保　太　郎 代理人 事業所名 ○○○○株式会社 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