

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			
	喪 失	年 月 日										
療 養	開 始	令和 年 月 日							□ 歯科 · □ 調剤			
	終 了	令和 年 月 日										

健康保険 被保険者・家族 海外療養費支給申請書 歯科用

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	○○○○(株)			
	③ 被保険者の(申請者)氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎			④ 被保険者の生年月日	□昭和 ××年 5 月 5 日 ✓平成			
	⑤ 被保険者の(申請者)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	本人		
	⑦ 傷病名	虫歯			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	奥歯が痛く、腫れてきた			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	○○○○ DENTAL CLINIC			診療した医師名	○○○○		
	⑪ 診療の期間 (支給期間)	所在	○○○○○○○○○○×			国名	香港		
	⑫ 診療の内容	自 ×××× 年 5 月 25 日 至 ×××× 年 5 月 29 日	2 日間	区分	✓ 歯科 □ 調剤				
		⑬ 診療に要した費用			502 通貨の種類 [HKD]				

委任状	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。					受付印
	令和 ×× 年 7 月 18 日					
被保険者 (申請者)	住所 氏名	○○○○○○○○○○○○○○×				
代理人	事業所名 氏名	○○○○ 株式会社 ○ ○ ○ ○				

- 【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