

海外療養費（本人・家族）支給申請書

令和 年 月 日 提出

支給決定額	海外療養費	¥	
	海外家族療養費	¥	
	家族療養付加金	¥	
支給決定期間	. .	日間	
	. .		

事務長	担当者	担当者	入力者

被保険者記号番号 —	部署番号	氏名番号及び氏名		印
現住所	〒			
傷病名			発病または負傷年月日 平成・令和 年 月 日	
発病または負傷の原因	傷病の原因がケガによる時別紙負傷原因報告書を添付すること	傷病の経過		
緊急または保険診療を受けることのできなかった理由				
受診期間	令和 年 月 日 令和 年 月 日 入院・外来	日間	診察に要した費用	
診察を受けた医師の氏名		医療機関名称 所在地		
被扶養者の時はその氏名		昭和 平成 年 月 日 令和	続柄	
証明欄	所属長	役職 氏名	事業主 または 代務者	印
			印	
受領委任欄	請求金額の受領を上記事業主（または代務者）		被保険者	印
	に委任します。		氏名	
（上欄と同一の印鑑を使用すること）				

● 第三者行為による時は別途届出をすること

■ 健康保険組合使用欄

傷病名		疾病分類	
支給決定日	令和 年 月 日	東京銀行売レート	
換算			
算定			