

記入例

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 |
| | | | |

| | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------|
| 被保険者証等記号番号 1 — 12345 | | 氏名 名 鉄 太 郎 ⑩ | |
| 現 住 所 | 〒123-4567 名古屋市 中村区 名駅1-2-3 | | |
| 傷 病 名 | 右足関節捻挫 | 発病または負傷年月日 令和 1 年 7 月 1 日 | |
| 発 病 また は 負 傷 の 原 因 | ケガによる時期限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つた理由 | 海外に旅行中に受診したため | | |
| 受 診 期 間 | 令和 1 年 7 月 1 日 令和 年 月 日 入院・外来 | 診察に要した費用 US\$ 80 | |
| 診 察 を 受 け た 医 師 の 氏 名 | わかれば記入して下さい | 医 療 機 関 名 称 所 在 地 | 受診した病院名と所在地を記入して下さい |
| 被 扶 養 者 の 時 は そ の 氏 名 | 被扶養者の時は記入してください | 昭和 平成 年 月 日 令和 | 続 柄 |
| 証 明 欄 | 所 属 長 役 職 氏 名 記入・押印して下さい | 事 業 主 ま た は 代 務 者 印 | 記入・押印して下さい 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） に委任します。 | | 被保険者 氏 名 名 鉄 太 郎 ⑩ (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 | | | |