

支給決議書	伺年月日		令和 年 月 日				常務理事	事務長	経理	扱者							
	支給年月日		令和 年 月 日														
	支給額		百万	拾万	万	千	百	拾	円								
	支給内訳	法定	款	項	目	百万	拾万	万	千	百	拾	円	資格	取得	年	月	日
付加		款	項	目	百万	拾万	万	千	百	拾	円	喪失	年	月	日	年	月

健康保険 被保険者 被扶養者 海外療養費 支給申請書 被保険者(申請者)記入用

令和 年 月 日提出

(1/2)

被保険者(申請者)情報	健康保険証		事業所名称	業務の種類・内容 (退職後の申請の場合は退職前の業務)	昭和 平成 令和	年	月	日
	記号	番号						
	氏名	(フリガナ)			生年月日			
	住所	〒 都道府県						
	電話番号 (日中の連絡先)	()						

振込先指定口座	金融機関名称 <small>※金融機関種別に○で囲んでください</small>	銀行 信用金庫 信用組合	金融機関 記号	
	支店名称 <small>※支店種別を○で囲んでください</small>	支店 出張所	店番	
	預金種別	普通預金	口座番号	
	口座名義(カナ)			

被保険者(申請者)・事業主記入用に続きます

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

被保険者氏名

申請内容	1、受診者	1 被保険者 2 家族(被扶養者)		
	1-① 家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	2、傷病名	3、発病または負傷年月日		令和 年 月 日
	4、発病の原因及び経過(詳しく)	1、病気 2、ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください		
	5、診療を受けた医療機関等の 国名	名称	所在地	診療した医師の氏名
		名称	所在地	診療した医師の氏名
	6、診療を受けた期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日迄	日数	日
	6-① 上記の期間に入院していた場合はその期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日迄	日数	日
	7、療養に要した費用の額	_____ () 通貨単位を記入してください(例:アメリカドル)		
8、診療の内容				
9、受診者の情報	受診者は現在、日本に帰国予定はありますか？または帰国されましたか？ 1、はい 2、いいえ ↓ ↳ 海外滞在の理由 渡航期間 (年 月 日 ~ 年 月 日) 渡航目的 海外滞在の理由 []			

受付日付印