

- 被保険者(本人)
 被扶養者(家族)

療養費支給申請書(海外用)

被保険者等 記号・番号	記号 〇〇	番号 〇〇〇〇〇	被保険者 氏 名	健保 太郎	連絡先 (TEL)	XXX-XXXX-XXXX
事業所名	〇〇〇〇株式会社		所 属	△△部〇〇課		

本人記入欄	傷病名	インフルエンザ		発症又は 負傷年月日	令和 6 年 3 月 1 日		
	発症又は 負傷原因	不 明		傷病の経過	良 好		
	日本国内で 受診できな かった理由	<input type="checkbox"/> 出向中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (海外旅行中)		診療を受けた 医師その他の 者の住所・氏 名・電話番号			
	患 者	氏名	健保 二子	続 柄	次女	診療を受けた 期間	自 R6 年 3 月 1 日
		生年 月日	H15 年 4 月 1 日				至 R6 年 3 月 3 日
	診療に要した 費用の額	通貨	ドル		診療内容	別紙のとおり	
		金額	320		第三者の行為 による場合	その事実	
国名		アメリカ合衆国		第三者の 住所・氏名			
委任欄	請求金額の受領を事業主へ委任します。 被保険者氏名(自筆) 健保 太郎						

添付書類

※添付書類に翻訳文と翻訳者の署名、住所と電話番号を明記してください。

- ① 診療報酬内容明細書(歯科の場合は歯科診療内容明細書)
- ② 領収明細書
- ③ 調査に関わる同意書
- ④ 現地医療機関発行の領収書原本
- ⑤ パスポートの写し(氏名 及び 滞在国の入国あるいは出国の押印が確認できるページ) ※業務命令により海外勤務を行っている場合は不要

組合記入欄	支給並びに支出決済伺								
	請求額	円	支給決定額	療養費	円	常務理事	事務長	担当	健保受付
	査定額	円		食事療養費	円				
	一部負担 金額	円		高額療養費	円				
				療養附加金	円				
		計		円					