

療養費支給申請書（海外療養費）

令和 年 月 日 提出

	被保険者証 記号・番号	□□-□□□□□□	被保険者氏名		
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	自 宅 住所・電話	〒 -			
	事業所 名称	職場	(内線)		
	療養を受 けた者の	(氏名)	(続柄)	(生年月日) S・H・R 年 月 日	
	傷病名			発病 (負傷) の原因	
	初診日	H・R 年 月 日			
	治療期間	H・R 年 月 日から H・R 年 月 日まで	日間	通院または入院した日数	日間
	発病(負傷)の原因は第三者の行為(交通事故・ケンカ等)によるものですか？			はい・いいえ	
	症状の概要			入通院区分	入院・入院外
	診療内容 (詳しく)	①診察 ⑤処置・手術 ②投薬 ⑥歯科 ③尿・血液検査 I 部位 ④その他検査 II 治療内容 ※ わからない場合は、どんな病気で何の治療を受け/何の薬をもらったか」だけでも記入してください。 例) ・「風邪で治療を受け、抗生物質をもらった」 ・「転んで捻挫し、レントゲン撮影をして塗り薬をもらった」			
	診療施設	(所在国名)	(通貨単位)		
	(施設名称)	(住所)			
医療費総額 (現地通貨単位)	※ 医療機関等の窓口で支払った自己負担だけでなく、保険会社からの医療費給付分も合算した総医療費を記入して下さい。				
備 考	※ 1) 支給額は、国内の健康保険が適用になる治療費に換算して支給しますので減額される場合があります。 2) 診療内容明細書と領収書の原本を必ず添付して下さい。 3) 1か月に1枚ずつ、1病院につき1枚ずつ、外来・入院・歯科ごとに1枚ずつ記入して下さい。				

(提出経路) 本人 → 職場 → 事業所担当部署 → 健保組合

健 保	支給日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当	受付
	支給額 (内訳)	(円 ×)				
	取得日	S・H・R 年 月 日				
	喪失日	S・H・R 年 月 日				