

支給決定決議書							
受付年月日	年	月	日	常務理事		担当者	
伺年月日	年	月	日				
決裁年月日	年	月	日				
支給決定額	円						
診療期間	年	月	日から	資格取得日	年	月	日
	年	月	日まで	資格喪失日	年	月	日

## 健康保険 海外療養費 支給申請書(医科)

記号・番号			被 保 険 者 日	昭 和 平 成	年	月	日
被 保 険 者 氏 名	(フリガナ)			備 考 欄	被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、本備考欄へ記入してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類(マイナンバーカードの写等)が必要です。)		
被 保 険 者 住 居 電 話 番 号	〒 - TEL						
事 業 所 名 称			事 業 所 所 在 地	〒 -			
振 込 希 望 先 金 融 機 関 の	名 称	銀 行		支 店	預 金 別	普 通	
	口 座 番 号	口 座 名 義 人 (カタカナ)					
受 診 者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者		<input type="checkbox"/> 被扶養者の氏名 <input type="checkbox"/> 被扶養者の生年月日	昭 和 平 成 令 和	年	月	日
傷 病 名				発 病 又 は 負 傷 年 月 日	令 和	年	月 日
上 記 傷 病 の 発 病 原 因 過 ぎ	(原因および経過)						
	<input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> けが	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ →労災に該当しますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ →第三者行為に該当しますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <small>「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。</small>	
診 療 を 受 け た 医 療 機 関 等 の	名 称	国 名 ・ 所 在 地		診 療 し た 医 師 の 氏 名			
	名 称	国 名 ・ 所 在 地		診 療 し た 医 師 の 氏 名			
診 療 を 受 け た 期 間	令 和	年	月 日	か ら	令 和	年	月 日 まで 日 数 日
療 養 に 要 し た 費 用 の 額	_____ ( )通貨単位を記入してください。(例:US\$)						
診 療 内 容							
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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ↓ 海外在住の理由 <input type="checkbox"/> 渡航期間( 年 月 日 から 年 月 日 まで) <input type="checkbox"/> 渡航目的・海外滞在の理由						
社会保険労務士の提出代行者名記載欄							