

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（歯科）

記 号 ・ 番 号	.		被 保 険 者 日 生 年 月 日	昭和 年 月 日 平成				
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 所 住 電 話 番 号	〒 - Tel							
事 業 所 名 称			事 業 所 所 在 地	〒 -				
振 込 希 望 先 の 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	☐ 被保険者	☒ 被 扶 養 者 氏 名		被 扶 養 者 生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日		
傷 病 名	☐ 被扶養者			発病または負傷年月日	令和	年 月 日		
上 記 傷 病 の 発 病 の 原 因 お よ び 経 過	(原因および経過)							
	☐ 病気							
	☐ けが	→ 労災に該当しますか		☐ はい ☐ いいえ	→ 第三者行為に該当しますか		☐ はい ☐ いいえ	
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。							
	☐ はい	☐ いいえ		海外在住の理由				
	↓		↓		↓			
	○ 渡航期間(年 月 日 から 年 月 日 まで)		○ 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	
-------------------	--