

伺 年 月 日	令和 年 月 日
決 議 年 月 日	令和 年 月 日
支 給 割 合	7 割 ・ 8 割 ・ 9 割
※ 換 算 額	= 円
支 給 額	円

常務理事	事務長	担当者

**健康保険 被保険者 療養費支給申請書 <海外療養費>**  
**被扶養者**

申請日 : 令和 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号番号		記号	② 被保険者の氏名と印(申請が本人の場合、年齢も記入)		( 歳)
			番号			
	③ 申請が被扶養者であるときはその者の氏名と年齢			④ 被保険者との続柄	⑤ 傷病名	⑥ 発病又は負傷の日
	( 歳)					平成・令和 年 月 日
	⑦ 診療または手当ての内容					
	⑧ 診療の期間		平成・令和 年 月 日 から	日間		
			平成・令和 年 月 日 まで			
	⑨ 治療に要した費用(現地単位も記入) (現地合計金額)					
	⑩ 第三者行為によるものですか		はい ・ いいえ	※第三者行為による場合で、「第三者行為による傷病届」が未提出の方は、至急提出してください。		
	*被保険者が請求される場合は、記入不要です。					
⑪ 支払金融機関	金融機関名			支店名		
	預金種目	普通・当座		口座番号		
	口座名義	(カナ)				
		(漢字)	*口座名義は、請求者ご本人です。 *カナ欄も忘れずにご記入ください。			

\*任意継続被保険者の方は記入不要です。

⑫ 委任状	私は、事業主を代理人と定め、療養費の受領を委任します。	受付印
	住所 本人 氏名	
	住所 ※代理人 氏名	

※記入上の注意事項

1. 太枠内を記入下さい
2. ①は、健康保険被保険者証に書いてあるものを、そのまま転記してください。
3. ⑫の本人の欄は、事業主経由(給与振込)で支給するため、必ず自筆で記入ください。  
※印の代理人欄は、会社が記入。申請者は記入しないでください。