

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支給額	円
支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間

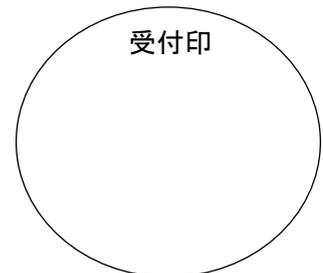
支給支払決議書			
資格取得		年 月 日	
資格喪失		年 月 日	
支払年月日		年 月 日	

健康保険(被保険者)被扶養者)海外療養費支給申請書(第 回目)

被保険者(申請者)が記入するところ	①被保険者証 記号・番号	000 - 0000	②被保険者(申請者) 氏名	健保 太郎		
	③被保険者住所	〒 000-0000 ○○県○○市○○町1-1				
	④生年月日	○○年○○月○○日	⑤事業所名称	○○○○株式会社		
	療養が被扶養者(家族)に関するとき	⑥受診者氏名		⑦生年月日	年 月 日	
	⑧傷病名	虫歯				
	⑨発病又は負傷年月日	△△年△△月△△日頃				
	⑩発病又は負傷の原因	○○○○○				
	⑪症状の概要	○○○○○				
	⑫第三者(相手)行為による傷病ですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	⑬業務上または通勤途上での傷病ですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
	⑭診療を受けた病院等	名称	○○○○ Hospital	医師名	○○○○○	
		所在地	123 ABC Road Sydney NSW 1111 Australia			
	⑮診療の期間	自 ○○年○○月○○日 至 △△年△△月△△日 ○○日間	⑯入院・入院外の別	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外		
	⑰診療の内容	○○○○○				
	⑱療養に対する病院等への支払額	通貨(ドル) 金額(0,000) 国名(オーストラリア)				
	⑲海外に滞在していた理由	① 海外出向中 2. 海外出張中 3. 海外旅行中 4. 海外留学中 5. その他()				
上記の通り請求します。ただし給付金の受領を下記の受取代理人に委任します。 ○○年○○月○○日 被保険者 住所 ○○県○○市○○町1-1 (申請者) 氏名 健保 太郎						

(事業所記入欄)

受取代理人の欄	代理人の住所
	代理人の氏名



※資格喪失後の請求の場合は請求者に直接送金するため、該当の場合は健保までご連絡ください。