

健	支給期間	入院	年 月 日 ~				年 月 日 日間				
		外来	年 月 日 ~				年 月 日 日間				
保	区分	被保険者・被扶養者	疾病番号	※1日当たり金額				現地通貨名			
				円				レート(決裁日)			円
使	疾病分類 換算内訳	区分	疾病分類基準日額		診療日数		支給率	支給額			
		入院	円		日		8・7割	円			
		外来	円		日		8・7割	円			
用	レート 換算内訳	区分	現地支払額	レート額	換算額		支給率	支給額			
		入院	円		円		8・7割	円			
		外来	円		円		8・7割	円			
欄							支給決定額		円		

海外 被保険者 療養費支給申請書

被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者 記 入 欄	被保険者等	記号	番号	被保険者氏名		
	被保険者 居所住所	〒 ()			生年月日	(和暦) 年 月 日
	事業所名 (原籍)				所 属	
	海外勤務地	国名		現地通貨名		診療に要した費用 (現地通貨)
	被扶養者が 受診した場合	氏名		生年月日	(和暦) 年 月 日	続柄
	傷病名	外傷の場合は「傷病原因届」を添付			発病または負傷 の年月日	(和暦) 年 月 日
	発病または 負傷の原因	第三者行為により受傷した場合は、「第三者による傷病届」を添付してください。				
	診療を受けた 期間・日数	(和暦) 年 月 日 ~ (和暦) 年 月 日 日間	入院 外来		入院 外来	
	備考欄	被保険者等の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。) ※記号番号を記入した場合は、個人番号の記入は不要です。				
事業主 証明欄	うへの傷病は、業務上ならびに通勤災害によるものではないことを証明します。 (和暦) 年 月 日 事業主名 _____					

- ◎「翻訳した診療内容明細書」、「治療に要した費用が確認できる領収証(原本)」を添付してください。
「渡航期間がわかるパスポート等の写し」を求める場合があります。
- ◎受診者別、診療月別、医療機関別、入院・外来別に申請してください。

委 任 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主(代理人)に委任します。 (和暦) 年 月 日 被保険者氏名 _____
-------------	--

受付日付印

※退職された方のみご記入ください。(被保険者本人名義に限ります。)

※ 退 職 者 記 入 欄	銀行コード		支店コード		口座番号	
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 信組		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店		種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	フリガナ _____ 名義人 _____					