

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 (決済日)	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	円	8・7割	円			
		外来	円		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
 家族 療養費支給申請書
 ※日付はすべて和暦で記入

被 保 険 者 ・ 被 扶 養 者 記 入 欄	被保険者証	記号	番号	被保険者氏名			印
	被保険者の住所	〒 (和暦)			生年 月日	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	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	年 月 日 ～ 年 月 日 日間				入院 外来	入院 外来
	備考欄	被保険者証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	うえの傷病は、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。 年 月 日 事業主名 印					

- ◎「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」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。		
	年 月 日	被保険者氏名	印 (回転印不可)

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"/> 本店	種別	<input type="checkbox"/> 普通	
	<input type="checkbox"/> 信金	<input type="checkbox"/> 信組	<input type="checkbox"/> 支店		<input type="checkbox"/> 当座	
フリガナ 名義人						