健保使用欄							
支給期間	入院	年　月　日　～　年　月　日　日間					
	外来	年　月　日　～　年　月　日　日間					
区　分	被保険者・被扶養者	疾病番号		※1日当たり金額　円	現地通貨名		
					レート(決裁日)	円	
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		
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	
				支給決定額	円		

海　外　被保険者 家　族　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	１	番号	１２３４５	被保険者氏名	健保　太郎	
被保険者居所住所	〒　９８７　－　６５４３ 東京都中央区佃５－３－１ TEL　０３　(９９９９)　９９９９				生年月日	(和暦) ××　○○　年　１１　月　１１　日	
事業所名(原籍)	株式会社ＩＨＩ				所属	総務部　総務課	
海外勤務地	国　名	アメリカ合衆国	現地通貨名	米国ドル	診療に要した費用（現地通貨）	２３８．９８ドル	
被扶養者が受診した場合	氏　名	健保　花子	生年月日	(和暦) ××　○○　年　３　月　３　日	続柄	妻	
傷病名	外傷の場合は「傷病原因届」を添付 右足首捻挫				発病または負傷の年月日	(和暦) ××　○○　年　５　月　５　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。 自宅の階段を踏み外した。						
診療を受けた期間・日数	(和暦) 令和　○○　年　５　月　５　日　～　(和暦) 令和　○○　年　５　月　２０　日　３　日間				該当箇所に「レ」 入院外来	入院 レ 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。 (和暦) ××　○○　年　５　月　２５　日	東京都江東区豊洲３－１－１ 株式会社　IHI 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　５　月　２５　日 被保険者氏名　健保　太郎	在職者のみ記入 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	１	２	３	４	支店コード	５	６	７	口座番号	８	９	０	１	２	３	４
みずほ	レ 銀行	農協	信金	信組	月島	本店	レ 支店	種別	レ 普通	当座						
フリガナ　ケ　ン　ポ　タ　ロ　ウ															
名義人　健　保　太　郎															

退職者のみ記入