

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

※日付はすべて和暦で記入

被保険者証	記号	1	番号	1 2 3 4 5	被保険者氏名	健保 太郎		<b>健保</b>	
被保険者の住所	〒 9 8 7 - 6 5 4 3 東京都中央区佃 5 - 3 - 1 Tel 0 3 (9 9 9 9) 9 9 9 9				生年月日	(和暦) ×× 〇〇 年 1 1 月 1 1 日			
事業所名 (原籍)	株式会社 I H I			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)	2 3 8 . 9 8 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)	×× 〇〇 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	×× 〇〇 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	× 〇〇 年 5 月 5 日 ~ × 〇〇 年 5 月 2 0 日 3 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。 ×× 〇〇 年 5 月 3 0 日 東京都江東区豊洲3-1-1 株式会社 I H I 事業主名 〇〇 〇〇 <b>印</b>								

◎「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。						在職者のみ記入
	×× 〇〇 年 5 月 2 5 日		健保 太郎			<b>健保</b>	受付日付印
	被保険者氏名						(回転印不可)

※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	<input checked="" type="checkbox"/>	銀行	<input type="checkbox"/>	農協	月島	<input type="checkbox"/>	本店	<input type="checkbox"/>	種別	<input checked="" type="checkbox"/>	普通	<input type="checkbox"/>	当座			
		<input type="checkbox"/>	信金	<input type="checkbox"/>	信組		<input checked="" type="checkbox"/>	支店									
	フリガナ ケンポタロウ																
	名義人 健保 太郎 <b>退職者のみ記入</b>																