

被保険者
被扶養者

療 養 費 支 給 申 請 書

海外療養費用記入例

令和〇 年 〇 月 〇 日

被 保 険 者 記 入 欄	①被保険者の				②被保険者の 氏名・生年月日		大日 太郎				
	記号	11	番号	2345			平成 〇 年 〇 月 〇 日				
	③被保険者の現住所			〒 ー 123 〇〇〇, 〇〇〇〇, 〇〇, 〇〇〇〇〇							
	④事業所名			〇〇株式会社							
	⑤療養が被扶養者に関する ときは、その者の			氏名	大日 陽子		生年月日	令和〇 年 〇 月 〇 日		続柄	長女
	⑥傷病名			急性腸炎			⑦発病または 負傷年月日		令和〇 年 〇 月 〇 日		
	⑧発病時の状況について (負傷の場合は負傷の原因)			夕食後、腹痛を発症							
	⑨第三者行為によるものですか			はい・いいえ		⑩診療を受けた病院名		〇〇医院			
	⑪診療の期間 (装具等の場合は装着日)		自	令和〇 年 〇 月 〇 日		⑫日数	⑬入院・入院外の別	海外でかかった費用を そのまま記入してくださ 0000			
			至	令和〇 年 〇 月 〇 日		2	入院・入院外				
⑮診療の内容		検査及び投薬			⑯療養の給付を受ける ことができなかった理由		海外で受診のため				

委 任 状	令和〇 年 〇 月 〇 日	
	表記請求金額の受領を被委任者へ委任します。	
	被 委 任 者 事業所名 〇 〇 株 式 会 社 代表取締役社長 〇〇 〇〇	
	被保険者氏名 大日 太郎	

これらの欄は事業所担当者記入欄です。
被保険者の方は記入せず空欄のまま、
事業所担当者へ提出してください。

※資格喪失後請求の場合のみ、下記振込先をご記入ください。

給付金振込先口座	
銀行名	
支店名	
預金区分	普通 ・ 当座 ・ その他 ()
口座番号	
口座名義	フリガナ