

受付日付印

海外療養費

支給決定伺

				年	月	日	伺出	
				年	月	日	決議	
				年	月	日	施行	
常務理事	事務長	事務課(係)長	係	資格	得	年	月	日
					喪	年	月	日
支給決定額				支給期間	自	年	月	日
					至	年	月	日
円				備考				被扶養者確認

事業所担当者印

健康保険

被保険者
家族

療養費支給申請書

令和 〇 年 〇 月 〇 日 提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号と番号	記号 1000 番号 123456	被保険者の氏名・生年月日	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎 (印) 昭和 平成 40年 10月 13日生
	被保険者の現住所	〒 111 - 1111 神奈川県横浜市〇〇区〇〇〇町1-1-1 電話 888-888-8888		
	傷病名	急性大腸炎	発病又は負傷の年月日	平成・令和30年〇月〇日
	傷病又は負傷の原因	夕食に出た魚で食あたり		
	傷病の経過	現在完治		
	診療又は手当を受けた医療機関	名称 ニューヨーク州〇〇クリニック	所在地 ニューヨーク州〇〇〇〇	
	診療又は手当の内容	診療・投薬		入院 入院外別 〇 入院外
	診療又は手当の期間	平成・令和 30年〇月〇日より 平成・令和 30年〇月〇日まで	1 日間	診療又は手当に要した費用の額 5,000 \$
	療養の給付を受けることの出来なかった理由	海外旅行中に診療を受けた為		
	傷病が第三者の行為に因るときはその事実及び氏名及び住所(不明のときはその旨)	該当しない		
申請が被扶養者に関するときはその者の氏名		被扶養者の生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	続柄