

受付年月日	年 月 日
レート	
実医療費	× =
	× 0.8 ・ 0.7 =
国内医療費	× 0.8 ・ 0.7 =
支給額	円
支給期間	自 年 月 日
	至 年 月 日

支給支払決議書				
資格取得日	年	月	日	
資格喪失日	年	月	日	
支払年月日	年	月	日	

被保険者・被扶養者 **海外療養費支給申請書**

※日本国内における保険診療の範囲内で給付します。
 ※業務上・通勤途上の病気や怪我の場合は健康保険は適用されません。会社に事故報告してください。
 ※受診者ごとに診療月別、通院と入院別、医療機関別に分けて申請してください。
 ※「診療報酬明細書」は担当医師に、「領収明細書」は担当医師又は病院の事務担当者に証明してもらってください。
 (外国語で記載されている場合は翻訳を付し、翻訳者の氏名、住所を明記してください。)

① 保険証の 記号・番号	-	② 被保険者の 氏名 生年月日	フリガナ 昭和・平成・令和 年 月 日生									
③ 被保険者の住所等	TEL ()											
④ 事業所名称	⑤ 部署名	昭和・平成・令和										
⑥ 被扶養者に関する 申請の場合	氏名	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生 続柄									
⑦ 傷病名	⑧ 発病又は 負傷の 年月日	平成・令和 年 月 日										
⑨ 発病又は 負傷の原因	⑩ 傷病の過											
⑪ 第三者行為に よる負傷と あると	その事実と 届出の有無	事実(有・無)	加害者氏名									
		届出(有・無)	加害者住所									
⑫ 診療を受けた病院等	名称	医師の氏名										
	所在地											
⑬ 受診区分	新規・継続	⑭ 診療区分	入院・通院 ⑮ 医療区分 医科・歯科									
⑯ 診療を受けた日	年 月 分	※診療等を受けた日を○で囲んでください										左欄で○を付けた日数
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31					日間				
⑰ 診療内容	⑱ ⑯欄の診療を受けた日 に要した費用の合計額		(現地通貨)									
⑲ 保険証を使うことが 出来なかった理由	海外で受診したため(国名) 該当する状況に○をつけてください⇒勤務中・勤務外・通勤途中・その他()											

海外療養費の給付決定に関しては、診療内容を日本の保険点数に換算して算出する必要があります。
 換算にあたっては、正確性を期すため、療養費支給申請の際にご提出いただく診療報酬明細書、領収明細書等添付書類を
 第三者である専門機関に情報を提供することがあります。
 よって、第三者への情報提供をご同意(署名)のうえ請求していただきますようお願い申し上げます。

同意書	平成・令和 年 月 日 被保険者の氏名
	海外で療養を受けた者の氏名

添付書類 1. 診療報酬明細書 2. 領収明細書(医科または歯科) 3. 領収書(原本)

