

支払決定	支払年月日	年 月 日	常務理事	事務長	経理	扱 者
	支給額	円				
	年 月 日	年 月 日	資格取得	年 月 日		
	年 月 日	日間	資格喪失	年 月 日		

記号・番号は、①マイナポータル、
②資格情報のお知らせ、③資格確認書(健康保険証)のいずれかでご確認ください。

健康

☒ 被保険者
☐ 家族

療養費支給申請書(海外)

(第 回 目)

被保険者等の記号番号	被保険者氏名 (フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎	住 所 〇〇県△△市□□町1-1
療養を受けた者の氏名 (フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎	性 別 ☒ 男 ☐ 女	生年月日 〇〇〇〇 年 1 月 1 日
傷 病 名 う蝕	続 柄 本人	業務上・外、第三者行為の有無 ☐ 業務上 ☐ 第三者行為である ☒ その他
発病又は負傷年月日 △△△△ 年 〇 月 □ 日	発病又は負傷の原因及びその経過 詳しく記入してください	
受けた医療機関の名称 氏名	名称 〇〇DENTAL CLINIC 氏名 △△△△△△	医療機関の所在地 〇〇〇,△△△,Philippines (△△△) 〇〇-□□□
診療期間 ☐ 医科 入院 ☒ 歯科 外来	自 〇〇〇〇 年 3 月 15 日 至 〇〇〇〇 年 3 月 31 日	診療日数 7 日間
診療に要した費用の額 地名	3,000.00 国名 フィリピン	※ 現地通貨で記入 通貨単位 PHP

医科・歯科別
入院・外来別

申請する診療期間を記入

提出日の記入

入院: 期間の通算日数
外来: 治療の実日数
を記入

現地で支払った
金額(総額)を記入

上記のとおり申請します。 〇〇〇〇 年 5 月 20 日	住所 〇〇県△△市□□町1-1 被保険者 氏名 健保 太郎 住友金属鉱山健康保険組合理事長 殿
---------------------------------	---

委任状欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理 〇〇〇〇 年 5 月 20 日	提出日の記入	押印 担当印
	被保険者 (請求者) 住所 〇〇県△△市□□町1-1 氏名 健保 太郎		
	代理人の氏名 (フリガナ) 代理人の住所 (フリガナ)	委任者と代理人との関係 事業所担当者印	

事業主証明

※ 支払機関欄	支払区分 振込	預金種別 ☐ 普通 ☐ 当座 ☐ 普通 ☐ 別段	金融機関名 ☐ 銀行 ☐ 信金 ☐ 金庫 ☐ 信組 ☐ 農協 ☐ 漁連	☐ 本店 ☐ 支店 ☐ 出張所
	口座番号	口座名義 (フリガナ)		

※支払機関欄は退職者の方のみ記入して下さい。

備考欄	被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、「備考欄」へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、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。)
-----	--

【記入上の注意】

- は該当箇所に✓をしてください。
- 同一月・同一医療機関につき、入院・外来別に1枚の申請書を作成してください。

【添付書類についての注意】

- 医療機関の発行した領収書(原本)を添付してください。
- 医科診療の場合、「診療内容明細書・領収明細書」を医師にご記入いただき添付してください。
- 歯科診療の場合、「領収明細書(歯科)」を医師にご記入いただき添付してください。
- 医師の証明が外国語の場合は、「各証明の邦訳」を添付してください。

受付日付印