

海外療養費 支給申請書

1

2

ページ

被保険者記入用

被保険者氏名

申請内容	① 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		
	①-① 家族の場合はその方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	② 傷病名		③ 発病または 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	④ 発病の原因および経過 (詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 (原因および経過) 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。		
	⑤ 診療を受けた医療機関等の情報	医療機関名	所在地	診療した医師等の氏名
	国名	医療機関名	所在地	診療した医師等の氏名
	⑥ 診療を受けた期間	<input type="checkbox"/> 1.平成 年 月 日から 2.令和	<input type="checkbox"/> 1.平成 年 月 日まで 2.令和	日数 日
	⑥-① 上記の期間に 入院していた場合は、 その期間	<input type="checkbox"/> 1.平成 年 月 日から 2.令和	<input type="checkbox"/> 1.平成 年 月 日まで 2.令和	日数 日
	⑦ 療養に要した費用の額	_____ () 通貨単位を 記入してください。(例:アメリカドル)		
⑧ 診療の内容				
⑨ 受診者の情報	(1)受診者の海外渡航期間 (<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 ~ <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日) (<input type="checkbox"/> 令和) ※申請書に添付していただいた受診者の海外渡航期間が確認できる書類に☑してください。 <input type="checkbox"/> パスポートのコピー(①氏名、顔写真と②当該期間の出入国スタンプのページ) <input type="checkbox"/> 査証(ビザ)のコピー(氏名と有効期限が記載されたもの) <input type="checkbox"/> 航空チケットのコピー(eチケットの控え含む) (2)診療を受けた期間における海外渡航(滞在)の理由について、該当箇所に☑をしてください。 その他の場合は具体的にご記入ください。 <input type="checkbox"/> 海外勤務(同行家族を含む) <input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> その他 (理由) _____			

様式番号

6 6 1 2 2 5

©