健康保険（被保険者・被扶養者）療養費支給申請書【海外療養費】

被保険者情報	被保険者証の記号番号	記号 ●●	番号 ××××	所属部署名 ●●●●	電話 XXX(XXXX)XXXX
	氏名	アガナ ケンポ タロウ 健保 太郎		生年月日	平成3年12月22日
	申請者住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒 123-4567 ●●●●県XXXX市▲▲▲町 1-2-3 ◆◆◆マンション XXX号			電話 ()
	社員番号	1234567		メールアドレス	●●●@XXXXX

申請内容	受診者	本人(被保険者)	受診者氏名	健保 太郎	
	傷病名	インフルエンザ	受診者の生年月日	平成3年12月22日	
	発病の原因 および経過	不明			
	診療を受けた 医療機関名称	●●Hospital	診療を受けた 医療機関住所	XXXAve, San Francisco, CA ●●● ●●●, USA	
	診療を受けた 期間	令和5年11月20日 から 10日 令和5年11月30日 まで	左記の期間に入院 をしていた場合はその 期間	令和5年11月20日 から 5日 令和5年11月25日 まで	
	療養に要した 費用	1,000US\$	診療の内容	入院治療、投薬	
	渡航期間	令和5年11月18日 から 14日 令和5年12月2日 まで	渡航目的	海外旅行	
交通事故等 第三者が原因 ですか	いいえ ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。	業務上、通勤途上 によるものですか	いいえ ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。		

※在職中の皆様には事業所(会社)経由での給付金の受け取りを原則としております。

【添付書類】

- 診療内容明細書
- 領収明細書
- 現地で支払った領収書の原本
- 各添付書類の翻訳文
- 海外渡航期間がわかる書類(パスポート等)の写し
- 海外の医療機関等に照会することの同意書

受付日付印