

支給決定伺	支給決定	令和	年	月	日
標準報酬月額	千円(等級)				
支給額	法定給付	款項目	円		
	付加給付	款項目	円		
	合計	円			

決裁	常務理事	事務長	担当者	担当者	担当者
取得日	.	.		備考	
喪失日	.	.			

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】

オオゼキ健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日 提出

被保険者情報	被保険者証の記号番号	記号	番号	所属事業所及び部署名	
	氏名	フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日 平成
	申請者住所電話番号等(日中の連絡先)	〒 電話 ( )			

申請内容	受診者(該当に○)	本人(被保険者) ・ 家族(被扶養者)			
	受診者氏名		受診者の生年月日	昭和 年 月 日 平成	
	傷病名		発病又は負傷の年月日	令和 年 月 日	
	発病の原因および経過				
	診療を受けた医療機関名称		診療を受けた医療機関住所		
	診療を受けた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 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 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
	療養に要した費用(現地通貨)		診療の内容		
	渡航期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	渡航目的		
	交通事故等第三者が原因ですか	いいえ ・ はい		第三者が原因の場合はその状況	

給付金の受給については、事業主経由で給付いたします。

在職中の方(委任状)	給付金の受領に関して、事業主に委任します。	(氏名)	年 月 日
資格喪失後の方(任意継続加入の方)	銀行	口座番号(普通・当座)	
	支店	名義(カタカナ)	

【必須】以下の内容を確認して  してください。

備考欄	<input type="checkbox"/>	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
		① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
		② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

【添付書類】

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

※(任意)被保険者のマイナンバー記載欄(被保険者証の記号番号を記載した場合は記入不要です。)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(マイナンバーをご記入いただいた場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。)

- ①個人番号記載の住民票の写しと運転免許証(写)またはパスポート(写) ②個人番号カード(両面)の写し ①②のいずれか1点

受付印

オオゼキ健康保険組合  
2021.4.1改版