支給決定伺	令和　年　月　日
標準	千円（　等級）
支給	円
	円
合計	円

記入例

決	常務理事	事務長	担当者	担当者	担当者
喪失日　.　.			備考		

健保記載欄

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	㈱オオゼキ　下北沢店
氏名	フリガナ　ケンポ　タロウ 健保　太郎		生年月日	昭和 平成　●● 年 ●● 月 ●● 日
申請者住所 電話番号 等（日中の連絡先）	〒 123-4567 東京都〇〇区〇〇町1－2－3　△△マンション456号室 2345			電話　03　（ 7891 ）

申請内容				
受診者（該当に〇）	本人（被保険者）・家族（被扶養者）			
受診者氏名	健保　太郎		受診者の生年月日	昭和 平成 令和　●● 年 ●● 月 ●● 日
傷病名	インフルエンザ		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	高熱のため、急きょ旅行先の病院で受診した。			
診療を受けた医療機関名称	〇〇クリニック		診療を受けた医療機関住所	Washington D.C. U.S.A
診療を受けた期間	令和●年●月●日から 令和●年●月●日まで	● 日	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　日
療養に要した費用（現地通貨）	200米ドル		診療の内容	診察および投薬を受けた
渡航期間	令和●年●月●日から 令和●年●月●日まで	● 日	渡航目的	海外旅行のため
交通事故等第三者が原因ですか	いいえ・はい			
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 健保　太郎
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	☑		である。 が確認している。	

給付金は事業主経由で給付します。
委任状欄へ署名をお願いします。

チェックの無い場合は、受付ができません。
忘れずに、✓して下さい。

【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、本人確認を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