

受付年月日	令和 年 月 日
伺年月日	令和 年 月 日
決裁年月日	令和 年 月 日
支給額	円
支給期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 日間

支給支払決議書			
常務理事	事務長	部長	係
資格取得	平成・令和 年 月 日		
資格喪失	令和 年 月 日		
支払年月日	令和 年 月 日		

被保険者
被扶養者

海外療養費支給申請書

(第 回目)

※ 消えないボールペンでご記入ください。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	記号 番号	所 属	事業所名		
	氏 名			部署名 (内線 TEL -)		
	渡航国名			渡航目的		
	渡航期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで				
	傷 病 名 (日本語で記入)			診療期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 継続中	
	発病又は負傷の原因及びその経過					
	発病又は負傷の年月日	令和 年 月 日	総診療費 (領収書のとおりに)	通貨単位 ()		
	入院・入院外の別(○をつける)	入 院 ・ 入 院 外		入院した期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
	傷病原因 (○をつける)	1. 交通事故(第三者行為・自損) 2. 第三者行為 3. その他				
	第三者行為による負傷であるとき	その事実と届出の有無		加害者の氏名		
			加害者の住所			
被扶養者に関する申請のとき	氏 名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者との続柄
振込希望銀行	口座番号 名義(フリガナ)					
	銀行 支店 [普通]					
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 〒 被保険者の住所 氏名 博報堂健康保険組合理事長 殿						
健 保 組 合 記 入 欄	疾病コード	No.	支給決定日	令和 年 月 日	換算レート	
	備 考					