伺年月日	令和　年　月　日	常務理事			担当者
支払年月日	令和　年　月　日				
支払金額	円				
資格取得	昭・平・令　年　月　日	扶養取得	昭・平・令　年　月　日		
資格喪失	令和　年　月　日	扶養喪失	令和　年　月　日		

ＮＩＰＰＯ健康保険組合　　　　年　月分

健康保険 被保険者（本人）被扶養者（家族）

海外療養費支給申請書

被保険者記入欄						
被保険者証	記 号	番 号	所属事業所名			
被保険者氏名	フリガナ		被保険者住所			
受診者 氏名	フリガナ		生年月日	昭・平・令　年　月　日		
			被保険者との続柄			
傷病名			第三者行為の有無	無 ・ 有		
発病または負傷の原因及びその経過	（いつ） 令和　年　月　日	（どこで）国名を含む	（何をしていて）			
診療の内容			診療区分	入院 ・ 外来		
診療を受けた医療機関	名称					
	所在地					
診療の期間	令和　年　月　日 から 令和　年　月　日まで　日間		診療に要した費用			
療養の給付を受けることができなかった理由	1．海外旅行中 2．その他の理由：					
添付書類	□診療内容明細書（様式A）　※診療月ごと、医療機関ごと、入院・外来ごとに１枚づつ □領収明細書（様式B）　※診療月ごと、医療機関ごと、入院・外来ごとに１枚づつ □海外療養費日本語翻訳 □領収書原本 □調査にかかわる同意書					
委任状	私は本件請求に係る療養費の受領を下記代理人に委任します 令和　年　月　日 被保険者 氏 名					
	会社記入欄	代理人住所 代理人氏名				

※注意　国によって、治療内容・レベル・費用は大きく異なりますが、健康保険の療養支給の範囲と金額は、国内と同じ基準によりますので、大きな差額が発生することがあります。ただし、治療目的で渡航した場合は支給の対象外です。

受付日付印

任意継続の方は受取口座を記入してください。（本人名義に限ります）			
銀行 金庫 農協	本店 支店		
預金種別	1.普通　2.当座	口座番号	