

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		

NIPPPO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 123	番号 12345	所属事業所名 株式会社NIPPPO
	被保険者氏名	フリガナ ニッポ イチロウ 日鋪 一郎	被保険者住所 〒23-1234 東京都〇区〇△1-2-3	
	受診者氏名	フリガナ ニッポ ミドリ 日鋪 みどり	生年月日 〇 平・令 55 年 4 月 1 日	
	傷病名	打撲	被保険者との続柄 妻	
	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 元 年 8 月 15 日	(どこで) 国名を含む 台湾・台北市	(何をしています) 階段を踏み外した
	診療の内容	脳波の検査及び擦過傷の手当		診療区分 入院 〇 外来
	診療を受けた医療機関	名称 故宮醫院	所在地 台北市〇区▼1-2-3-401	
	診療の期間	令和 元年 8月 15日 から 令和 元年 8月 15日まで 1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	〇 海外旅行中 2. その他の理由:	100,000台湾元	
添付書類				
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 元 年 9 月 15 日 被保険者氏名 日鋪 一郎			
	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	