

同年月日	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	被保険者等 記号・番号	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	
	傷病名			被保険者との続柄		
	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		(何をしています)	
	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	<input type="checkbox"/> 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枚ずつ <input type="checkbox"/> 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枚ずつ <input type="checkbox"/> 海外療養費日本語翻訳 <input type="checkbox"/> 領収書原本 <input type="checkbox"/> 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	