

※支給決議書	資格取得日	年 月 日	記入例	月 日	常務理事	事務長	係
	資格喪失日	年 月 日		月 日			
	被扶養者 資格	☐ あり ☐ なし		要した 費用の額 ￥			

※上、支給決議書は健保記入欄につき、記入しないでください。

健康保険 被保険者 海外療養費 支給申請書

医療機関や医師名なども日本語(カタカナ等)で記載してください。

エム・オー・エー健康保険組合理事長殿 次の通り申請します。(申請日) 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

申請者	フリガナ	ケンボ タロウ		年齢	39	被保険者等記号・番号						
	氏名	健保 太郎				5	0	1	—	1	0	0
	生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成 60年 5月30日	申請者住所	〒413 - 0011 静岡県熱海市田原本町9-1								
	日中の連絡先	0557 (84) 2431		海外赴任者は人事部等の健保登録住所を記入します								
申請内容	受診者	健保 太郎		年齢	39	生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 60年 5月30日					
	傷病名	むし歯		発病または 負傷年月日		令和 元 年 6月 1日						
	発病の原因及び経過(詳しく)	病気の場合は不明でも構いません。 業務上または通勤中の怪我は申請できません。 発症年月日は痛みなどの自覚症状が出た日を書いてください。										
	※ 負傷(ケガ)の場合は負傷原因届を併せて提出ください。											
	診療を受けた医療機関等の	名称		所在地		診療した医師等の氏名						
	〇〇〇〇歯科医院		サンパウロ〇〇通り〇〇-××		〇〇 〇〇							
	国名(ブラジル		日本語(記号以外の英字はカタカナ表記)にしてください。									
	診療を受けた期間	令和 元 年 6月 10日 から 元 年 6月 20日		日数	2 日							
上記の期間に入院していた場合は、その「期間」	令和 年 月 日 から 年 月 日		日数	日								
要した費用の額	9 3 3 0 0		通貨単位: レアル (例:アメリカドル)									
振込先口座	金融機関名	〇〇〇〇 銀行・信金 信組・協組・他		〇〇〇〇 本店 支店		※申請者以外の口座を指定する場合は 下欄で受取代理人へ委任が必要です						
	口座	番号(左詰め)		名義(カタカナで記入)								
	☒ 普通 ☐ 当座	1 2 3 4 5 0	ケンボ ° タロウ									
受取代理人	委任者(申請者)	本申請に基づく給付金の受領を下記の代理人に委任します。令和 年 月 日										
	氏名	日本国外の口座を指定することはできません。 日本国内に口座がないときは、事業主等を受取代理人として委任します。										
	被委任者(代理人)	住所										受付日付印
	氏名											