決議日付印　　No.

健康保険 □被保険者 □家族 海外療養費 支給申請書

被保険者 申請者 情報

	記号	番号	生年月日 年 月 日
健康保険の（右づめ）			□ 昭和 □ 平成
氏名	（フリガナ）		
住所	（〒 ー ）	都道府県	
電話番号（日中の連絡先）	TEL （ ）		

☑本申請書の提出を事業主へ委任します

申請内容

1 受診者	□ 1. 被保険者 2. 家族		
1-① 家族の場合はその方の	氏名	生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和 年 月 日
2 傷病名		3 発病または負傷年月日	令和 年 月 日
4 発病の原因および経過（病院に行くきっかけ）	□ 1. 病気 2. ケガ	（原因および経過）	
5 診療を受けた医療機関等の	名称	診療した医師の氏名	
国名	住所		
6 診療を受けた期間	（令和） 年 月 日 から	年 月 日 まで	日数 日
6-① 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 まで	日数 日
7 療養に要した費用の額	円	（海外通貨 ）	
8 診療の内容			

事業主が証明するところ

上記のとおり相違ないことを証明します。
委任を受けた療養費及び同付加金の受領は貴組合との間できめられている所定の方法で受領いたします。

令和 年 月 日

受任者 事業所 所在地
名称
氏名
電話 （ ）

担当者名

・健康保険の記号番号を記入した場合は不要です
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

○添付書類
・療養明細書（原本）
・領収書（原本）
・翻訳

【健保使用欄】

支給・支払決議書			
伺年月日		令和 年 月 日	
支払額		百万 十万 万 千 百 十 円	
内訳	法定		
	付加		
	食事		
期間		年 月 日～ 年 月 日（ 日間）	
計算式		円×7割・8割 ／ 個人負担 円	
資格	得	年 月 日	備考
	喪	年 月 日	

常務理事	事務長	担当者

受付日付印　No.

太平洋セメント健康保険組合
（給）-2024.09