

# 支給決定伺

支給決定額	円
-------	---

[健保]		
常務理事	事務長	担当

伺年月日	令和 年 月 日	支出科目	
決裁年月日	令和 年 月 日		

## 健康保険 被保険者 海外療養費請求書 ( 年 月 診療分 ) 被扶養者

\* 太枠線内を記入してください

提出日	令和 年 月 日	注) 氏名自署の場合は印不要		
被保険者証の記号・番号		被氏 保 險 者 名	フリガナ	
記 号	番 号		(氏)	(名)
渡航目的		渡航期間		
業務上                      その他(旅行等)		年 月 日 ~ 年 月 日		
事業所名称		所 属		渡航先国名
対象者が被扶養者の場合その氏名		続 柄	被扶養者の生年月日	第三者行為の対象の有無
		昭 平 令	年 月 日	無 ・ 有
傷 病 名		発病又は負傷日		発病又は負傷の原因及びその経過
		平 令	年 月 日	
診療又は手当を受けた医療機関の				
名 称		所 在 地		
区 分	診療又は手当の開始日	診療又は手当の期間		診療実日数
入院・入院外	平 令 年 月 日	平 令 年 月 日	~ 平 令 年 月 日	日
診療又は手当に要した費用		療養の給付を受けることが出来なかった理由		
別紙証憑書類の通り (現地価 )				
委 任 状	表記の請求金額の受領を経理部長に委任します。			
	令和 年 月 日			
	被保険者氏名			印

受付日付印

事業所		