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				
決裁年月日	令和　　年　　月　　日	支出科目			

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

＊太枠線内を記入してください

注)氏名自署の場合は印不要

提出日	令和　　年　　月　　日			
被保険者等記号・番号		被保険者氏名	フリガナ (氏)	(名)　印
記号	番号			
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		