

支給決定書

常務理事	事務長	係員	担当者

支出科目	款	保険給付費		項	法定給付費		目	療養費			担当印	健保受付印			
		保険給付費	保険給付費		法定給付費	法定給付費		第二家族療養費							
支給金額		円			資格取得日	昭和 平成 令和	年	月	日						
支給期間	自	令和	年	月	日	資格喪失日	平成 令和	年	月	日					
	至	令和	年	月	日	被扶養者 認定日	昭和 平成 令和	年	月	日					
備考											支給日				

被保険者

被扶養者

海外療養費支給申請書

被保険者等 記号と番号	記号	〇〇〇	番号	〇〇〇〇			
傷病名	発病又は負傷の年月日 (療養開始日)			令和	*	*	*
発病又は負傷の原因	〇〇〇〇						
発病又は負傷の経過	〇〇〇〇						
診療、薬剤の支給または手当を受けた 医師または歯科医師 その他の者の氏名及び住所	手当を受けた病院等を記入						
診療、薬剤の支給または手当の内容	海外で手当を受けた内容						
療養費の区分	1. 立替払い等	療養の原因 (コード)	施術回数	1 回	3. 生血	輸血回数	回
	2. 治療用装具	治療用装具 (コード)	支給種別	1 初回支給	装着年月日	令和	年 月 日
				2 補修	診療、薬剤の支給または 手当に要した費用の金額		
				3 再支給			
診療、薬剤の支給 または 手当の期間	自	令和	年 月 日	入院・入院外の別	自	令和	年 月 日
	至	令和	年 月 日	入院 入院外	至	令和	年 月 日
療養の給付を受けなかった事由 (具体的に)	海外勤務、または家族が海外勤務者に帯同等						
傷病が第三者の行為による場合 (第三者の情報) 該当する場合に記入	氏名	住所					
	その事実						
	氏名	生年月日		続柄			
	氏	名	昭和 平成 令和	年	月	日	
振込先指定口座	公金受取口座	<input type="checkbox"/>	マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は、左の <input type="checkbox"/> に☑をしてください。 利用しない場合は、下記に振込口座情報をご記入ください。)				
	振込先口座	申請者	〇〇〇	銀行	〇〇〇	支店	
		OR	(金融コード)	* * * *	支店コード	* * * *	
		代理人	普通	* * * * * *	口座名義 (カタカナ)	〇〇〇 〇〇〇〇	
氏名	氏	〇〇〇	名	〇〇〇〇	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
住所	〒 -			海外在住の時は、人事付け登録住所を記入してください			
				電話	- -		
事業主の名称	〇〇〇株式会社						
所在地	代表取締役社長 〇〇〇〇 印						
HOYA健康保険組合理事長 殿	上記によって請求します。			令和 * 年 * 月 * 日			

私は、代理人と定め、令和 年 月 日に請求した、海外療養費の受領方を委任します。

委任状	代理人	氏名	住所	代理人が受け取る場合にご記入ください。	印
-----	-----	----	----	---------------------	---

※本届出に記入された個人情報は、当健康保険組合個人情報保護方針に定める事業にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。

※被保険者等の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考へ記載し、マイナンバーを確認できるものを添付してください。

【添付書類】 様式A診療内容証明書/様式B領収明細書/様式A・B日本語訳(翻訳はどなたでもかまいません。翻訳者の署名・住所・電話及び押印をお願いいたします。)/領収書原本

令和7年4月1日現在