

# 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	番号	番号
傷病名	発病又は負傷の年月日 (療養開始日)		
発病又は負傷の原因			
発病又は負傷の経過			
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			
診療、薬剤の支給または手当の内容			
療養費の区分	1. 立替払い等	療養の原因 (コード)	施術回数
	2. 治療用装具	治療用装具 (コード)	支給種別
			1 初回支給
			2 補修
			3 再支給
診療、薬剤の支給 または 手当の期間	自	令和	年
	至	令和	年
療養の給付を受けなかった事由 (具体的に)			
傷病が第三者の行為による場合 (第三者の情報)	氏名	住所	その事実
請求が被扶養者に関するときは、 その者の氏名・生年月日・続柄	氏名	生年月日	続柄
振込先指定口座	公金受取口座	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 □ 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 OR 代理人	銀行
		(金融コード)	支店コード
		普通	口座名義 (カタカナ)
氏名	氏名	生年月日	昭和 平成 令和
住所	〒	電話	
事業主の名称			
所在地			

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	

印

※本届出に記入された個人情報は、当健康保険組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