| 健保記入欄 | 支給決定伺 | | | | | 支給決定額 | ¥ | 備考 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 常務理事 | 事務長 | 係長 | | 係員 | | | | |
| | | | | | | 資格取得 | 昭・平 令　年　月　日 | | |
| | 支給決定 | 令和　年　月　日 | | | | 資格喪失 | 令和　年　月　日 | | |
| | 支給年月 | 令和　年　月　日 | | | | 代金支払日 | 令和　年　月　日 | | |

# 健康保険 被保険者 家族 海外療養費 支給申請書

| 被保険者記入欄 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ① 被保険者記号・番号 | | ② 被保険者氏名 | | ③ 被保険者生年月日 | 昭和 平成　年　月　日 | |
| ④ 勤務先 | TEL：　－　－ | | | | | |
| ⑤ 負傷名 | | ⑥ 発病又は負傷年月日 | 令和　年　月　日 午前・午後　時　分頃 | | | |
| ⑦ 発病又は負傷の原因及びその経過 | | | | | | |
| ⑧ 療養を受けた医療機関の名称等 | 名称 | 医師 | 所在地 | | | |
| ⑨ 診療を受けた期間 | 令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間 | ⑩ 療養に要した費用の額 | 通貨単位（　） | | | |
| ⑪ 渡航目的及び海外受診の理由 | ※ 治療を目的に渡航された場合は、支給対象外です。 | | | | | |
| ⑫ 診療を受けた者が被扶養者である時はその氏名と続柄 | （続柄：　） | ⑬ 被扶養者生年月日 | 昭・平 令　年　月　日 | | | |
| ⑭ 振込先指定口座 | 金融機関名称 | 種目・口座番号 | 口座名義 | | | |
| | 農協　本店 支店 | 普通 貯蓄 | フリガナ | | | |

上記のとおり申請します。

令和　年　月　日

〒

被保険者（申請者）住所

氏名　㊞

京都府農協健康保険組合理事長　殿

| 同意欄 | 療養を受けた海外の医療機関等に対して、京都府農協健康保険組合が文書等により療養が行われた事実の有無、及び療養内容等の照会を行うことに同意します。<br>受診者氏名　㊞ |
|---|---|

| 委任の欄（給付金の受領を人に頼むときだけ記入してください） | 受付印 |
|---|---|
| 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。<br>令和　年　月　日<br>被保険者の 住所<br>氏名　㊞<br>代理人の 住所<br>氏名　㊞ | |

**添付書類**

◎様式A「診療内容明細書」（歯科診療の場合は様式C「歯科診療内容明細書」）と翻訳文及び様式B「領収明細書」と翻訳文。
◎海外の医療機関で医療費の支払いをした際に発行された領収書の原本とその翻訳文。（翻訳者の住所・氏名・電話番号を記入し、押印してください）
◎パスポート等の海外に渡航した事実が確認できる書類の写し。（受診者氏名が確認できる頁及び渡航期間の確認できるページ）

京都府農協健康保険組合
（令和01.07改訂）