

健康 保 記 入 欄	支給決定伺					支給 決定額	¥	備考
	常務理事	事務長	課長	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	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

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 年 月 日 平成
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 日間 令和 年 月 日まで	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		口座名義
	農協	本店 普通 支店 貯蓄	フリカナ
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 千 被保険者 住所 京都府農協健康保険組合理事長 殿 (申請者) 氏名			

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。 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。 令和 年 月 日 住所 被保険者の 氏名 住所 代理人の 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)