海外療養費支給申請に伴う事業主渡航証明書

<table>
<tr><td>記号・番号</td><td colspan="2">－</td><td>事業所名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">被保険者</td><td colspan="2">氏 名</td><td colspan="3">生年月日</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="5">渡航先所在地</td></tr>
<tr><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="6">申請対象者
（療養を受けた者）</td><td>氏 名</td><td colspan="2">生年月日</td><td colspan="2">被保険者との続柄</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">年　　月　　日</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="5">渡航先所在地</td></tr>
<tr><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="5">診療期間</td></tr>
<tr><td colspan="5">年　　月　　日 から　　年　　月　　日（　　日間）</td></tr>
<tr><td>備 考</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

		担当者氏名	
		電 話	（　　）

上記、海外療養費の支給申請に係る診療期間においては、被保険者は海外勤務等の期間中であり、申請対象者（海外療養を受けた者）は、当該海外療養を受けた国又は地域に実際に渡航していたことを証明いたします。

年　　月　　日

事業所の所在地

名　称

事業主の氏名

※年月日は元号でご記入ください。

R7.4 三井健康保険組合