

健康保険

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書【海外療養費】

被 保 険 者 情 報	被保険者証等の 記号番号	記号	番号	所属事業所 及び部署名	電話(内線)
	氏名	フリガナ		生年月日	昭和 平成 年 月 日
	申請者住所 電話番号 等 (日中の連絡先)	〒 電話 ()			
	社員番号			メールアドレス	

申 請 内 容	受診者 (該当に○)	本人(被保険者)・家族(被扶養者)		受診者氏名	
	傷病名			受診者の 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	発病の原因 および経過				
	診療を受けた 医療機関名称			診療を受けた 医療機関住所	
	診療を受けた 期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日	左記の期間に入院 をしていた場合はそ の期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日
	療養に要した 費用			診療の内容	
	渡航期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日	渡航目的	
交通事故等 第三者が原因 ですか	いいえ ・ はい ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。		業務上、通勤途上 によるものですか	いいえ ・ はい ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。	

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい。

委 任 状	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日		
	被保険者 (申請者)	氏 名	
	代理人 (実際に給付を受領する者)	氏 名	

※未記入の場合は給与口座へのお振込みとなります。

振 込 先 情 報	金融機関コード			支店コード		
	金融機関名称	銀 行 信用金庫				本店 支店
	預金種別	普通 其他 当座 ()	口座番号	口座名義 (カタカナ)		

【添付書類】

1. 診療内容明細書 2. 領収明細書 3. 現地で支払った領収書の原本 4. 各添付書類の翻訳文
5. 海外渡航期間がわかる書類(パスポート等)の写し 6. 海外の医療機関等に照会することの同意書

備 考	個人番号（被保険者証等の記号番号を記入した場合は記入不要）	
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。	
	①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点	

受付日付印