

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	〇〇〇株式会社 〇〇支店 電話(内線) 03-1234-5678(999)
	氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎		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)	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室 電話 03 (7891) 2345			
	社員番号	1234567		メールアドレス	〇〇△△@〇〇〇.ne.jp

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	健保 太郎
	傷病名	インフルエンザ		受診者の生年月日	昭和 平成 ●● 年 ●● 月 ●● 日
	発病の原因および経過	高熱のため、急きょ旅行先の病院で受診した。			
	診療を受けた医療機関名称	〇〇クリニック		診療を受けた医療機関住所	Washington D.C. U.S.A
	診療を受けた期間	令和●●年●●月●●日から ●● 日 令和●●年●●月●●日まで	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	
	療養に要した費用	200米ドル		診療の内容	診察および投薬を受けた
	渡航期間	令和●●年●●月●●日から ●● 日 令和●●年●●月●●日まで	渡航目的	海外旅行のため	
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	1234		支店コード	123	
	金融機関名称	●●		銀行 信用金庫	●● 本店 支店	
	預金種別	普通 当座 その他 ()	口座番号	1234567	口座名義(カタカナ)	ケンポタロウ

【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