

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		

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 口座 当座 ()	その他 ()	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