

健康保険 被保険者 被扶養者 **海外療養費** 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

		申請日		年	月	日
被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号 <input type="text"/>	番号 <input type="text"/>	生年月日	年	月
	氏名・印	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	住所	(〒 -)	都(道)	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	府(県)	<input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>
この書面に記載する個人情報 を健保組合が公表している利用目的のために取得・利用・第三者へ提供することに同意いたします。						

支給決定額は給与支給します。給与支給のできない方のみ「振込先指定口座」を記入してください。

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号 <input type="text"/> 左づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)	口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1.申請者 2.代理人

「2」の場合は必ず記入ください。

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	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
	代理人 (口座名義人)	氏名・印 住所 (〒 -) TEL () 住所 (フリガナ) 氏名・印	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	委任者と 代理人との 関係		

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

- ・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
- ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

(元.5)

受付日付印

健康保険 被保険者 被扶養者 海外療養費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容

1 受診者

1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

1 - ①家族の場合はその方の

氏名

生年月日

昭和 平成 令和
年 月 日

2 傷病名

3 発病または
負傷年月日

令和 年 月 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

1. 病気

(原因および経過)

2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。

5 診療を受けた医療機関等の

名称

所在地

診療した医師等の氏名

国名

名称

所在地

診療した医師等の氏名

6 診療を受けた期間

(令和) 年 月 日

年 月 日

--	--	--	--	--

から

--	--	--	--	--

まで

日数

日

6 - ①上記の期間に
入院していた場合は、
その期間

(令和) 年 月 日

年 月 日

--	--	--	--	--

から

--	--	--	--	--

まで

日数

日

7 療養に要した費用の額

_____ ()通貨単位を記入してください。(例: アメリカドル)

8 診療の内容

9 受診者の情報

受診者は、現在、日本に帰国予定はありますか。または帰国されましたか。

1. はい

2. いいえ

海外在住の理由



・ 渡航期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)
・ 渡航目的
海外滞在の理由

