

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	番号		生年月日	年	月	日
		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>		
	氏名・印	(フリガナ)						
	住所	(〒 - )				都(道)	府(県)	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )							
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	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 その他( )		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 4. 通知		口座番号
	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。)		
		<input type="text"/>		左づめでご記入ください。
		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 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
		氏名・印	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ		
	代理人(口座名義人)	(〒 - )	TEL ( )		
	住所	(フリガナ)			委任者と代理人との関係
	氏名・印				

「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

<input type="text"/>
----------------------

(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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="text"/> 生年月日 <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 傷病名	3 発病または負傷年月日 <input type="text"/> 令和 年 月 日
	4 発病の原因および経過(詳しく)	<input type="checkbox"/> 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 <input type="text"/> 所在地 <input type="text"/> 診療した医師等の氏名 <input type="text"/>
	国名 <input type="text"/>	名称 <input type="text"/> 所在地 <input type="text"/> 診療した医師等の氏名 <input type="text"/>
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日 から 年 月 日 まで 日数 <input type="text"/> 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 から 年 月 日 まで 日数 <input type="text"/> 日
	7 療養に要した費用の額	<input type="text"/> ( <input type="text"/> )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。 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 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	