

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	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 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	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 令和●●年●●月●●日まで ● 日	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。	

※在職者は、委任状欄に記入してください。

委任状	☒ ①本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ←該当するものにチェック☑して下さい。	
	☐ ②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 健保 太郎
	代理人 (実際に給付を受領する者)	氏名

※任継・退職者は、振込先情報を記入してください。

振込先情報	金融機関コード	任意継続被保険者・退職者以外は、 委任状欄にご記入ください。 任意継続被保険者・退職者は、 振込先情報欄にご記入ください。	本店 支店
	金融機関名称		
	預金種別 普通 当座		

【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