

健康保険 被保険者 療養費支給申請書【海外療養費】

※記入例を確認の上、ご記入ください。
※手書きの場合は、消えないボールペンでご記入ください。

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号 〇〇〇	番号 〇〇〇〇	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 ケンボ タロウ 健保 太郎	生年月日	昭和 60 年 5 月 10 日 平成	
	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 60 年 4 月 20 日 平成 令和
	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2年12月27日から 1 日 令和2年12月27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 日 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2年12月25日から 6 日 令和2年12月30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	第三者が原因の 場合はその状況	

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

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 2 年 1 2 月 2 7 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

振込先情報	金融機関名称		番号	123
	預金種別	普通 当座	ンボ タロウ	

【添付書類】

1. 診療内容明細書 2. 領収明細書
5. 海外渡航期間がわかる書類(パスポート、渡航記録簿、航空券控え等)

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。

備考	個人番号(被保険者等記号・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	
	☐ 公金受取口座を利用する場合はチェック☑して下さい。なお振込先情報欄へ記入された場合は記入口座を優先します。	

受付日付印