

健康保険 **被保険者** 療養費支給申請書【海外療養費】
被扶養者

※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 | 被保険者証の記号番号 | 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 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 令和2年12月27日まで 1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 |
| | 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 令和2年12月30日まで 6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 | 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 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。 |
| | <input type="checkbox"/> 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 12月 27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 | ケンボ 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(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要) | | 受付日付印 |
| | ※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 <input type="checkbox"/> 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。 | | |