

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	電話(内線)
	氏名	フリガナ		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)	〒 電話 ()			
	社員番号			メールアドレス (日中の連絡先)	

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	
	傷病名			受診者の生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	発病の原因 および経過				
	診療を受けた 医療機関名称			診療を受けた 医療機関住所	
	診療を受けた 期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 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 令和 年 月 日まで
	療養に要した 費用			診療の内容	
	渡航期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		渡航目的	
	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。

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

委任状	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		
	代理人 (実際に給付を受領する者)	氏 名		

※未記入の場合は給与口座へのお振込みとなります。

振込先情報	金融機関コード			支店コード	
	金融機関名称	銀 行 信用金庫 本店 支店			
	預金種別	普通 当座 その他 ()	口座番号		口座名義 (カタカナ)

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

【添付書類】

医科の場合	■診療内容明細書(様式A) [1面]診療内容明細書[2面]日本語訳
歯科の場合	■診療内容明細書(歯科) [1面]歯科診療内容明細書[2面]日本語訳
医科・歯科共通	■領収明細書(B) [1面]領収明細書、[2面]日本語訳 ■現地で支払った領収書原本 ■調査に関わる同意書【海外療養費】 ■受診者の海外渡航期間が確認できる書類 (受診期間における渡航の事実を確認させていただくため、以下のいずれかを添付してください。) ・パスポートのコピー(①氏名・顔写真と②当該期間の出入国スタンプの頁) ・査証(ビザ)のコピー(氏名と有効期限が記載されたもの) ・航空チケットのコピー(eチケット控えを含む)