

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

※提出先は各事業所担当者です

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 年 月 日 平成
	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	

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	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			診療の内容	
	渡航期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日	渡航目的	
	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 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 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	

振込先情報	金融機関名称	銀行 本店 信用金庫 支店		支店番号
	預金種別	普通当座 その他()	口座番号	口座名義(カタカナ)

【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

受付日付印