

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	被保険者等の記号番号	記号 1	番号 234	所属事業所及び部署名	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 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 ΔΔ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ΔΔ@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
	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 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	<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。		令和 2年 12月 27日
	<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。		
	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		ンポ タロウ

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。

【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、航空券、渡航記録簿等)

受付日付印