

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 | 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 ●●年●●月●●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 ●●年●●月●●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●●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 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●●年●●月●●日から 令和●●年●●月●●日まで ●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 ※「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 | 1234 | 支店コード | 123 |
| | 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 1234567 |

【添付書類】

- 診療内容明細書
- 領収明細書
- 現地で支払った領収書の原本
- 各添付書類の翻訳文
- 海外渡航期間がわかる書類(パスポート等)の写し
- 海外の医療機関等に照会することの同意書

| | | |
|----|--|--|
| 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