

健康保険 海外療養費 支給申請書

1/2

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	
	氏名・印	フリガナ		<input type="checkbox"/> 平成	自署の場合は押印を省略できます。	
	住所	(〒 -)		<input type="checkbox"/> 令和		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()				
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)						

振込先指定口座	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1.普通 3.別段 <input type="checkbox"/> 2.当座 4.通知	口座番号	<input type="text"/>
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)		<input type="checkbox"/> 1.被保険者 <input type="checkbox"/> 2.代理人
<input type="checkbox"/> 左詰めでご記入ください。				

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和	年	月	日
	被保険者	氏名・印	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ			
	代理人 (口座名義人)	(〒 -)	TEL	()		
		住所	住所	委任者と代理人との関係		
	フリガナ	氏名・印				

被保険者のマイナンバー記載欄	<input type="text"/>
----------------	----------------------

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

常務理事	事務長	担当	担当
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

健康保険 海外療養費 支給申請書

2/2
被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容	1 受診者	1.被保険者 2.家族(被扶養者)		
	1-①家族の場合はその方の	【氏名】	【生年月日】 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
	2 傷病名		3 発症または負傷年月日 令和 年 月 日	
	4 発病の原因および経過(詳しく)	<input type="checkbox"/> 1.病気 (原因および経過) <input type="checkbox"/> 2.ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。		
	5 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	診療した医師等の氏名
	(国名)	名称	所在地	診療した医師等の氏名
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日	から	年 月 日 まで 日数 日
	6-①上記の期間に入院していた場合は、その期間	(令和) 年 月 日	から	年 月 日 まで 日数 日
	7 療養に要した費用の額	()通貨単位を記入してください。		
8 診療の内容				
9 受診者の情報	受診者は、現在、日本に帰国予定はありますか。または帰国されましたか。 <input type="checkbox"/> 1.はい <input type="checkbox"/> 2.いいえ ↓ 海外在住の理由 ↓ ・渡航期間 (年 月 日 ~ 年 月 日) ・渡航目的 海外滞在の理由			