

# 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="text"/>		口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1.被保険者 <input type="checkbox"/> 2.代理人

「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	被保険者	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
	氏名・印	<input type="text"/>		住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ			
	住所	(〒 - ) TEL ( )		委任者と代理人との関係			
	代理人 (口座名義人)	フリガナ		<input type="text"/>			
氏名・印	<input type="text"/>						

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"/>

