

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	〇〇〇株式会社 〇〇支店
	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			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●●日 令和●●年●●月●●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●●日 令和●●年●●月●●日まで
	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●●日 令和●●年●●月●●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	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。

※在職者は、委任状欄に記入してください。

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。		
	<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。		
	日付	令和●●年●●月●●日	
	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	

※任継・退職者は、振込先情報を記入してください。

振込先情報	金融機関コード		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。	
	金融機関名称			本店
	預金種別	普通当座		支店

【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