

健康保険海外療養費支給申請書

(第 回)

被保険者証の 記号・番号	記号 番号	被保険者が勤 務する(してい た)事業所の	名 称		
傷 病 名			発 病 又 は 負傷の年月日	令和	年 月 日
発 病 又 は 負 傷 の 原 因 〔何をする時、どの 様にして負傷した か具体的に記入 してください。〕	負傷の時刻	午前・午後	時	分	負傷の場所(どこで)
	用 務			加 害 者 の 有 無	有 ・ 無
傷 病 の 経 過					
診 療 又 は 手 当 を 受 け た 医 療 機 関 の 名 称 ・ 所 在 地 及 び 医 師 の 氏 名	名 称			医 師 氏 名	
	所 在 地			国 名	
診 療 又 は 手 当 の 内 容					
診 療 又 は 手 当 を 受 け た 期 間	自	年	月	日	日間
	至	年	月	日	左記の期間に入院して いた場合はその期間
療 養 に 要 し た 費 用 の 額			通貨の単位 例) アリアガル	受診者の海外 渡航期間	自 年 月 日 至 年 月 日
療養費申請の理由 (該当する□に✓を してください)	<input type="checkbox"/> 海外勤務(同行家族を含む) <input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> 留学		<input type="checkbox"/> その他(理由を詳しく記入してください) 理由		
被 扶 養 者 に 関 す る 申 請 の と き	氏 名			生 年 月 日	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日
<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) ⑨ 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。					
払 渡 希 望 銀 行	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協		本店 支店 本所 支所	普通 No 当座 No フリガナ 口座名義人	
令 和	年	月	日	提 出	住所 被保険者 氏名
〒	□	□	□	-	□
				生 年 月 日	昭 ・ 平 年 月 日
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)					
備 考 欄					
<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 <input checked="" type="checkbox"/> 委任する場合でマイナンバーを記載して申請するときは、「委任状などの代理権が確認できる書類」「代理人の身元確認書類」 などの添付が必要です。					
委 任	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。				
	〒		令和		年 月 日
	住所				
	被保険者の (請求者) 氏名				
〒		住所		代理人の 氏名	
					----- 受 付 日 付 印 -----