

被保険者証の記号・番号	記号 1 番号 100	被保険者が勤務する(していた)事業所の名称	(株)東友健保
傷病名	胃腸炎	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	不明		
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	中国病院	医師氏名 中 健保
	所在地	中華人民共和国北京市朝陽区建外	国名 中国
診療又は手当の内容	注射、投薬		
診療又は手当を受けた期間	自 R2 年 10 月 2 日 2 日間 至 R2 年 10 月 5 日	左記の期間に入院していた場合はその期間	自 年 月 日 至 年 月 日
療養に要した費用の額	350	通貨の単位例) 中国 元	受診者の海外渡航期間 自 R2 年 9 月 25 日 至 R2 年 10 月 10 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 checked="" 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 公金受取口座を利用する場合は、金融機関名等の情報は記入しないでください。	
被扶養者に関する申請のとき	氏名 健保 陽子	生年 昭・平・令 月 日 11 年 10 月 10 日	被保険者との続柄 長女
<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	健康 銀行 信用金庫 広島 本店 普通 No 7777777 支店 当座 No 信用組合 本所 フリガナ ケンポ タロウ 農 協 支所 口座名義人 健保 太郎		
令和 2 年 11 月 1 日提出	住所 広島市南区大州1-1-1	被保険者 健保 太郎	
〒 7 3 2 - 0 8 0 2	生年月日 昭・平 40 年 5 月 6 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	