

健康保険 被保険者 療養費支給申請書【海外療養費】  
被扶養者

被保険者情報	被保険者証の記号番号	記号	番号	事業所名	電話(内線)
	氏名	フリガナ		生年月日	昭和 平成
	住所	〒			
	電話番号等(日中の連絡先)	電話	( )	メールアドレス	

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	
	傷病名			受診者の生年月日	昭和 平成 令和
	発病の原因および経過				
	診療を受けた医療機関名称			診療を受けた医療機関住所	
	診療を受けた期間	令和 年 月 日から	日	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
		令和 年 月 日まで			令和 年 月 日まで
	療養に要した費用			診療の内容	
	渡航期間	令和 年 月 日から	日	渡航目的	
	令和 年 月 日まで				
交通事故等第三者が原因ですか	いいえ ・ はい		第三者が原因の場合はその状況		

振込先情報	金融機関名称	銀行		本店	支店番号
		信用金庫		支店	
	預金種別	普通 当座	その他( )	口座番号	口座名義(カタカナ)

【添付書類】

- 診療内容明細書(医科または歯科)
- 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(パスポートの写し等)
- 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