

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	被保険者証等 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 年 月 日
	住所	〒			電話 ()
	社員番号			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 年 月 日 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	日
		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】

1. 診療内容明細書(医科または歯科) 2. 領収明細書 3. 現地で支払った領収書の原本 4. 各添付書類の翻訳文
5. 海外渡航期間がわかる書類(パスポートの写し等) 6. 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