

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

※消えないボールペンでご記入ください。

被保険者情報	被保険者等 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 令和 年 月 日	
	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			

※被保険者本人名義の口座情報をご記入ください。  
※ゆうちょ銀行は記号・番号を口座情報に変換してご記入ください。

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 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する場合はチェック☑して下さい。なお振込先情報欄へ記入された場合は記入口座を優先します。	

受付日付印

東和薬品健康保険組合