

健康保険 **被保険者** 被扶養者 療養費支給申請書【海外療養費】

被保険者情報	被保険者証の記号番号	記号 1	番号 234	事業所名	〇〇〇株式会社 〇〇支店 電話(内線) 03-1234-5678 (999)
	氏名	フリガナ ケンポ タロウ	氏名 健保 太郎	生年月日	昭和 平成 60年 4月 20日
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-2 △△マンション201号室			
	電話番号等(日中の連絡先)	電話 03 (〇〇〇〇)〇〇〇〇	メールアドレス	〇〇△△@〇〇〇.ne.jp	

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	健保 太郎		
	傷病名	インフルエンザ		受診者の生年月日	昭和 平成 60年 4月 20日 令和	
	発病の原因および経過	旅行先で高熱がでた。旅行先の病院で受診。				
	診療を受けた医療機関名称	〇〇クリニック	診療を受けた医療機関住所	Washington D.C. U.S.A		
	診療を受けた期間	平成 令和 元年 5月 7日から 平成 令和 元年 5月 7日まで	1日	左記の期間に入院をしていた場合はその期間	平成 令和 年 月 日から 平成 令和 年 月 日まで	
	療養に要した費用	200米ドル		診療の内容	診察および投薬を受けた	
	渡航期間	平成 令和 元年 5月 1日から 平成 令和 元年 5月 9日まで	9日	渡航目的	海外旅行のため	
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	〇〇〇	銀行 信用金庫	〇〇〇	本店 支店	支店番号	123
	預金種別	普通 当座	その他()	口座番号	0123456	口座名義(カタカナ)	ケンポ タロウ

【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