

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 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 090 (〇〇〇〇)〇〇〇〇			
	社員番号	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 令和	60年 4月 20日
	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	令和 4年 5月 7日から	1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 4年 5月 7日まで			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	令和 4年 5月 1日から	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					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	〇〇〇	本店	支店番号	123
	預金種別	普通 当座	その他( )	口座番号	1234567	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