

被保険者情報	被保険者証等の 記号番号	記号	番号	所属事業所 及び部署名	電話(内線)
	氏名	フリガナ		生年月日	昭和 平成 年 月 日
	申請者住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒			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 令和 年 月 日まで	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	日
	療養に要した 費用			診療の内容		
	渡航期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日	渡航目的		
交通事故等 第三者が原因 ですか	いいえ ・ はい		業務上、通勤途上 によるものですか	いいえ ・ はい		

※在職者は、委任状欄に氏名を記入してください。

委任状	<input type="checkbox"/> ①本申請に基づく給付金に関する受領および提出を事業主に委任します。 ←該当するものにチェック☑して下さい。			
	<input type="checkbox"/> ②本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日			
	被保険者 (申請者)	氏名		
代理人 (実際に給付を受領する者)	氏名			

※任継・退職者は、振込先情報を記入してください。

振込先情報	金融機関コード				支店コード			
	金融機関名称				銀行	本店		
	預金種別	普通	口座番号				口座名義 (カタカナ)	支店

事業所使用欄(渡航理由) 該当枠に☑				事業所確認印
1 <input type="checkbox"/> 業務命令による渡航	2 <input type="checkbox"/> 上記以外	<input type="checkbox"/> パスポート(写)添付		

【添付書類】

1. 診療内容明細書 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(パスポート等)の写し 6. 海外の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)		受付日付印
	※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。		