

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	被保険者証の記号番号	記号 ●●	番号 ××××	所属事業所及び部署名	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 ●●年●●月●●日 平成	
	申請者住所電話番号等(日中の連絡先)	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室 電話 03 (7891) 2345			
	社員番号	1234567	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 ●●年●●月●●日 平成
	発病の原因および経過	高熱のため、急きょ旅行先の病院で受診した。		
	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●●年●●月●●日から ●●日 令和●●年●●月●●日まで	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
	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●●年●●月●●日から ●●日 令和●●年●●月●●日まで	渡航目的	出張・現法駐在・私用 その他()
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		

※在職者の方は事業主を経由して振り込まれます。以下の委任状に記入してください。

委任状	<input checked="" type="checkbox"/> ①本申請に基づく給付金に関する受領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。
	日付 令和 ●●年●●月●●日
被保険者(申請者) 氏名	健保 太郎
代理人(実際に給付を受領する) 氏名	

振込先情報	金融機関名称		支店番号	
	預金種別			

任意継続被保険者・退職者以外は、委任状欄にご記入ください。
任意継続被保険者・退職者は、振込先情報欄にご記入ください。

備考	1 □ この欄は、お勤め先の事業主に証明を依頼してください
----	-------------------------------

【添付書類】

- 診療内容明細書
- 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(パスポート等)の写し
- 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		