

健康保険 被保険者・家族 海外療養費支給申請書（第 回）

被保険者証の記号番号	記号	被保険者資格取得日	平成 令和	年	月	日	被保険者資格喪失日 (喪失後の場合)	平成 令和	年	月	日	
	番号											
被保険者(請求者)氏名と印	フリガナ		被保険者住所		〒							
	被保険者本人が自ら署名する場合は、押印省略可能											
生年月日	昭和・平成		年	月	日	電話 ()						
事業所名及び電話	電話 ()					社員・職員コード						
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)												
療養が被扶養者のときは、その者の氏名			続柄			生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日		
発病又は負傷年月日	平成 令和	年	月	日	傷病名							
発病又は負傷の原因及び経過						第三者の行為によるものですか	いいえ ・ はい					
診療を受けた医療機関	名称			診療を担当した医師名								
	所在地			国名 ()								
診療の期間(支給期間)	自	年	月	日	日数	区分	入院の場合左記の入院期間			診療に要した費用の額		
	至	年	月	日	日	入院外 入院	自:平成・令和	年	月	日	日間	
							至:平成・令和		年	月	日	通貨単位 ()
診療の内容												
療養の給付を受けることができなかった理由												
振込先指定口座	銀行・金庫 信組・農協		金融機関コード		本店 支店		支店番号					
	預金種別	普通・当座		口座番号			右づめでご記入ください					
	名義人(フリガナ)			口座名義の区分		該当するところに○を記入 ・被保険者(請求者) ・代理人						

※被保険者(請求者)以外の口座に振込希望の場合は、被保険者・代理人それぞれに記入・捺印が必要 (押印省略不可)

令和 年 月 日提出
受付日付印

受取代理人の欄	被保険者(請求者)	本請求に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します		令和	年	月	日
		住所	「被保険者(請求者)」が記入するところと同じ				
	氏名						
代理人(口座名義人)	〒	TEL		委任者と代理人との関係			
	住所	フリガナ		氏名			

- ※事業所使用欄(渡航理由)
- 該当枠に
- 業務命令による渡航
 - 上記以外
- ↓
- パスポート写し添付

事業主確認印

※被保険者証の記号・番号を記入した場合は下記の記載は不要です

・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要となります

被保険者のマイナンバー記載欄

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---