

健康保険 海外療養費支給申請書

被保険者(申請者)が記入するところ	①被保険者等 記号・番号	記号		②被保険者氏名 (申請者)						
	③被保険者(申請者) 住所・電話番号	〒	—	TEL	()					
	④被保険者生年月日	昭和・平成	年	月	日	⑤所属会社名				
	⑥受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族) →被扶養者の氏名・生年月日を下記へ記入して下さい								
		被扶養者 氏名		被扶養者 生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日		
	⑦傷病名			⑧発病または 負傷年月日	令和	年	月	日		
	⑨発病時の状況または 負傷の原因(具体的に)									
	⑩診療を受けた医療機関 等の情報	名称		国名						
		所在地								
	⑪診療期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
	⑫診療内容						⑬診療区分	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 外来	
	⑭海外渡航期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
	⑮療養に要した費用の額	[通貨単位:]					⑰備考			
	⑯渡航理由	<input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> 駐在 <input type="checkbox"/> 出張 <input type="checkbox"/> 研修 <input type="checkbox"/> 乗務 <input type="checkbox"/> その他()								

給付金受取先	⑱委任状	被保険者 (申請者)	この申請に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。 <input type="checkbox"/> 在籍している事業所の事業主 (※「⑲振込口座欄」の記入は不要です) 氏名: _____ 住所: 「被保険者(申請者)住所」欄と同じ					
	⑲振込口座	銀行・信組 金庫・農協	本店 支店	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	※カタカナで記入してください		
	口座番号					口座名義		

— 受付印 —

健保使用欄	受理決定日	年	月	日	支給額	円	常務理事	事務長	事務次長	担当
	支払日	年	月	日						
	資格取得日	年	月	日	標準報酬月額	千円				
	資格喪失日	年	月	日						
	扶養認定日	年	月	日	区分	本人・家族・6歳未満・高齢				