

記入例

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被保険者証の 記号・番号	記号 7	②被保険者氏名 (申請者)	健保 花子	
		番号 8635			
	③被保険者(申請者) 住所・電話番号	〒 144 - 0000		TEL 03 (XXXX) XXXX	
		東京都大田区〇〇〇—〇〇〇			
	④被保険者生年月日	昭和・平成 10 年 12 月 18 日	⑤所属会社名	ANA△△△株式会社	
	⑥受診者	<input checked="" 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	左足首捻挫		⑧発病または 負傷年月日	令和 3 年 10 月 20 日
	⑨発病時の状況または 負傷の原因 (具体的に)	旅行先で歩行中、足を捻った			
	⑩診療を受けた医療機関 等の情報	名称	〇〇〇CLINIC	国名	アメリカ
		所在地	△△△△△		
	⑪診療期間	令和 3 年 10 月 20 日 ~ 令和 3 年 10 月 20 日			
	⑫診療内容	診察のうえ、湿布薬を処方された		⑬診療区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来
	⑭海外渡航期間	令和 3 年 10 月 15 日~ 令和 3 年 10 月 22 日			
	⑮療養に要した費用の額	125 [通貨単位: ドル]		⑰備考	
	⑯渡航理由	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 在籍している事業所の事業主 →代理人欄、振込口座欄の記入は不要 <input type="checkbox"/> その他の受領代理人 →下記の代理人欄、振込口座欄を記入して下さい			
	代理人	氏名	健保 花子		住所: 「被保険者(申請者)住所」欄と同じ
		電話番号			
⑲振込口座	銀行・信組 金庫・農協	本店 支店	預金種別		
	口座番号	口座名義	※カタカナで記入してください		

在籍者の方は、委任状欄の「在籍している事業所の事業主」に✓を付け、被保険者名を記入して下さい。

在籍者の方は、代理人、振込先口座欄の記入は不要です。