

健康保険 海外療養費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

| | | | | | |
|---|-------------------------|----------------------|------------------------------|----------------------|---|
| 被保険者(申請者)情報 | 記号 | 番号 | 記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください | | |
| | 被保険者等 記号・番号 (左づめ) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | 氏名 | (フリガナ) | | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 |
| | 住所 | (〒 -) | 都 道 府 県 | 年 月 日 | <input type="text"/> |
| 電話番号 (日中の連絡先) | TEL () | | | | |
| <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"/>) | | | | | |

| | | | | | |
|-----|--|-----|----|--------|-------------------------|
| 委任状 | <input checked="" type="checkbox"/> 事業主 委任払いを利用する。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> のうえ、下記の欄を記入。) | | | | |
| | 被保険者 氏名 | | | | 印 |
| | 代理人 | 事業主 | 住所 | (〒 -) | ※被保険者本人が署名した場合は押印は不要です。 |
| | 事業主 代表者名 | | | | 印 |

| | | | | | |
|---------|---|--|-----------------------|----------------------|--|
| 振込先指定口座 | <input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。 | | | | |
| | 金融機関 名称 | 銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 () | 本店 支店 出張所 本所 支所 | | |
| | 預金種別 | 普通 | 口座番号 (左づめ) | <input type="text"/> | |
| | 口座名義 (カタカナ) | ▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。 <input type="text"/> | | | |

支給決定額

円

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

受付日付印

| | | | |
|-----|----------------------|----------------------|----------------------|
| 回覧印 | 常務理事 | 事務長 | 担当 |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

健康保険 海外療養費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

| | | | | |
|----------|--|---|------------------|--|
| 申請内容 | 1 受診者 | <input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者) | | |
| | 1 - ①家族の場合はその方の | 氏名 | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 |
| | 2 傷病名 | | 3 発病または 負傷年月日 | 令和 年 月 日 |
| | 4 発病の原因および経過 (詳しく) | <input type="checkbox"/> 1. 病気 (原因および経過) 2. ケガ ➡ 負傷原因届を併せてご提出ください。 | | |
| | 5 診療を受けた医療機関等の 国名 | 名称 | 所在地 | 診療した医師等の氏名 |
| | | 名称 | 所在地 | 診療した医師等の氏名 |
| | 6 診療を受けた期間 | (令和) 年 月 日 | から | 年 月 日 まで 日数 日 |
| | 6 - ①上記の期間に 入院していた場合は、 その期間 | (令和) 年 月 日 | から | 年 月 日 まで 日数 日 |
| | 7 療養に要した費用の額 | _____ ()通貨単位を記入してください。(例: アメリカドル) | | |
| 8 診療の内容 | | | | |
| 9 受診者の情報 | (1) 受診者の海外渡航期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ※海外渡航期間が確認できる書類として、以下のいずれかの書類を添付してください。 ・パスポートの写し(①氏名、顔写真と②当該期間の出入国スタンプのページ) ・査証(ビザ)の写し(氏名と有効期限が記載されたもの) ・航空券の写し(eチケットの控えを含む) (2) 診療を受けた期間における海外渡航(滞在)の理由を選んでください。 <input type="checkbox"/> 海外勤務(同行家族を含む) <input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> その他 [] | | | |