

被保険者(申請者)情報	被保険者 記号・番号 (右づめ)	記号・番号がわからない場合は個人番号を記入してください。		生年月日	年	月	日
		記号	番号	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>		
	個人番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 平成			
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 令和			
氏名	(フリガナ)						
住所	(〒 -) 都 道 府 県						
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()						

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請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
		氏名		住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ			
代理人 (口座名義人)		(〒 -)	住所	氏名			

振込先指定口座	在職中の方は原則、受取代理人(お勤めの事業所)への委任払いとするため記入不要。						
	<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。)						
	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	<input type="checkbox"/> 1.普通 <input type="checkbox"/> 2.当座	口座番号	<input type="text"/>				左づめでご記入ください。
口座名義	<input type="text"/>					カタカナ(被保険者名義の口座に限る) (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。)	

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	<input type="text"/>
-----------------------	----------------------

受付日付印

健康保険 被保険者 家族 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

1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

①-2 家族の場合はその方の

氏名

生年月日

昭和 平成 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)

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情報

国

所在地

診療した医師等の氏名

名称

⑥ 診療を受けた期間

(令和) 年 月 日

年 月 日

--	--	--	--	--	--

から

--	--	--	--	--	--

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

年 月 日

--	--	--	--	--	--

から

--	--	--	--	--	--

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 受診者情報

(1) 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。

1. 海外勤務(同行家族を含む) 2. 旅行 3. 留学 4. その他

(2) 上記理由の2~4に該当する方はこちらにもご回答ください。

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)