

健康保険 被保険者 療養費支給申請書【海外療養費】
被扶養者

個人番号（被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要）														
※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード（両面）の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点														

被保険者情報	被保険者等の 記号番号	記号 ●●	番号 ××××	所属事業所 及び部署名	〇〇〇株式会社 〇〇支店 電話（内線） 03-1234-5678(999)
	氏名	フリガナ ケンボ タロウ	健保 太郎	生年月日	昭和 平成 ●● 年 ●● 月 ●● 日
	申請者住所 電話番号 等 （日中の連絡先）	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室 電話 03（7891）2345			
	社員番号	1234567	メールアドレス	〇〇△△@〇〇〇.ne.jp	

申請内容	受診者 （該当に○）	本人（被保険者）・ 家族（被扶養者）	受診者 氏 名	健保 太郎
	傷病名	インフルエンザ	受診者の 生年月日	昭和 平成 ●● 年 ●● 月 ●● 日
	発病の原因 および経過	高熱のため、急きょ旅行先の病院で受診した。		
	診療を受けた 医療機関名称	〇〇クリニック	診療を受けた 医療機関住所	Washington D.C. U.S.A
	診療を受けた 期間	令和●●年●●月●●日から 令和●●年●●月●●日まで ●● 日	左記の期間に入院 をしていた場合はそ の期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日
	療養に要した 費用	200米ドル	診療の内容	診察および投薬を受けた
	渡航期間	令和●●年●●月●●日から 令和●●年●●月●●日まで ●● 日	渡航目的	海外旅行のため
交通事故等 第三者が原因 ですか	いいえ はい ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。	業務上、通勤途上 によるものですか	いいえ はい ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。	

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。		令和 年 月 日
	被保険者（申請者）	氏 名	
	代理人 （実際に給付を受領する者）	氏 名	

※未記入の場合は給与口座へのお振込みとなります。

振込先情報	金融機関コード	1234	支店コード	123
	金融機関名称	●●	銀 行 信用金庫	●● 本店 支店
	預金種別	普通 口座番号 当座 ()	1234567	口座名義 （カタカナ） ケンボタロウ

【添付書類】

1. 診療内容明細書 2. 領収明細書 3. 現地で支払った領収書の原本 4. 各添付書類の翻訳文
5. 海外渡航期間がわかる書類（パスポート等）の写し 6. 海外の医療機関等に照会することの同意書

受付日付印