

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	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	記号	番号	枝番	マイナンバー
		1 2 3	4 5 6	0 0	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2
	氏名	(フリガナ) ソウコ タロウ	倉庫 太郎	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 4 8 0 1 0 1
	住所	〒 100 - 1234	東京	都 道 府 県	江東区富岡1-1-1 ライオンズマンション503
	電話番号	自宅 03 (1234) 5678 携帯 090 (9876) 5432			
委任 選択欄	申請書の審査	組合からの問い合わせ並びに決定通知書の送付先をお選びください。			方法について選択してください
	1	1. 上記の被保険者(申請者)住所・電話番号へ送付・問い合わせを希望します。 2. 事業所の担当者経由で、送付・問い合わせを希望します。(申請書提出時に既に退職されている方は「1」を選択してください)			

振込先指定口座	金融機関 名称	ゆうちょ	銀行 金庫 信組 農協 漁協 其他 ()	108	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	0 1 2 3 4 5 6	※7桁未満の場合は、頭に0をつけて7桁での記入にご協力ください。
	口座名義	ソウコ タロウ	口座名義の区分	1 1. 申請者 2. 代理人	

「2」の場合は受取代理人の欄を必ず記入ください。

受取代理人の欄	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。		年 月 日
	被保険者(申請者)	氏名	
	代理人(口座名義人)	住所 (フリガナ) 氏名	申請者との 身分関係

「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

受付日付印

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

申請内容	1 受診者	2 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	倉庫 花子	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 48年 11月 30日
	2 傷病名	風邪	3 発病または 負傷年月日	R5年 5月 10日
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	1 1. 病気 2. ケガ	不詳 (病気・ケガの原因及び経過を詳しく記入してください)	
	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
	アメリカ	New York Hospital	100 3rd Ave, NY 10022	
		名称	所在地	診療した医師等の氏名
	6 診療を受けた期間	R5年 5月 10日 から R5年 5月 10日 まで	日数	1日
	6 - ①上記の期間に 入院していた場合は、 その期間	年 月 日から 年 月 日まで	日数	日
	7 療養に要した費用の額	70\$ (アメリカドル) 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	風邪による診察			
9 受診者の情報	受診者は、現在、日本に帰国予定はありますか。 <input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ ↓ 海外在住の理由 ・渡航期間 (R5年 5月 8日 ~ R5年 5月 15日) ・渡航目的 海外滞在の理由 旅行			

添付書類は「注意事項」を参照してください。