

健康保険 海外療養費 支給申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者等(右づめ)	<input type="text" value="00"/>	<input type="text" value="△△△"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	<input type="text" value="00"/>	<input type="text" value="00"/>	<input type="text" value="00"/>
				<input type="checkbox"/> 平成			
氏名(フリガナ)	デンゼツ タロウ		事業所名称	〇〇〇〇 株式会社			
(自署の場合 押印省略可)	電設 太郎						
住所	(〒〇〇〇 - 〇〇〇〇)		〇〇	都(道)	〇〇市	〇〇町	〇〇〇-〇〇
電話番号 (日中の連絡先)	☎ 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇		府(県)				

申請内容	受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者	家族の場合 はその方の	氏名	電設 花子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	<input type="text" value="00"/>	年	<input type="text" value="00"/>	月	<input type="text" value="00"/>	日					
		<input checked="" type="checkbox"/> 家族(被扶養者)					<input type="checkbox"/> 平成											
	傷病名	左足首捻挫				発病または 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成	<input checked="" type="checkbox"/> 令和	01	年	05	月	06	日				
	発病の原因 および経過 (詳しく)	2	1. 病気 (原因および経過)				第三者行為によるものですか											
			2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。				<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は「第三者の行為による負傷届」を提出してください。											
	診療を受けた医療機関等の 国名	〇〇〇〇 Medical Clinic		所在地		〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇		診療した医師等の氏名										
		アメリカ		名称		所在地		診療した医師等の氏名										
診療を受けた期間	令和	01	年	05	月	06	日	から	01	年	05	月	07	日	まで	日数	2	日
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
療養に要した費用の額 (通貨単位)	100 (アメリカドル)				診療の内容	診察のうえ、湿布薬を処方された。												
療養の給付を受けることが できなかった理由	海外旅行中であったため																	

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組			本店 支店		
		農協 その他 ()			出張所 支所		
預金種別	普通	口座番号			口座名義 (カタカナ)		

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者等記号番号を記入した場合は不要です)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印