

健康保険 被保険者家族 療養費（海外療養費） 支給申請書

被保険者（申請者）情報	被保険者等記号・番号		氏名	
	記号	番号	フリガナ	フリガナ
	—		(氏)	(名)
	住所			生年月日
	〒 —			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
事業所	名称		所在地	
	〒 —		〒 —	
	所属		(連絡先) ※日中連絡が取れる携帯電話、内線番号など	
	—		—	

申請内容	受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)	被扶養者(家族)の場合はその方の氏名	生年月日	
	傷病名		発病または負傷年月日	令和 年 月 日	
	発病の原因および経過(詳しく)	<input type="checkbox"/> 病 気 <input type="checkbox"/> ケ ガ	病気の場合は、下記に【原因および経過】をお書きください ケガの場合は、別紙「負傷の原因届」を記入のうえ、併せてご提出ください		
	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	
	診療を受けた期間	入院	令和 年 月 日 ~ 年 月 日	日数	日間
		外来	令和 年 月 日 ~ 年 月 日	日数	日間
	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)			
診療の内容					

●この申請による給付金を事業主経由で給与口座へ支給するため、次の申請者欄にご記入ください。

受取代理人欄	申請者	私はこの給付金の受領を下記代理人に委任します。	令和 年 月 日
		住所	
		氏名	
	代理人	住所	
	氏名		

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。

受付印

被保険者等記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄