

健康保険 被保険者・家族 療養費支給申請書(海外)

被 保 險 者 一 申 請 者 の 記 入 欄	① 被保険者等 記号・番号 個人番号 (マイナンバー)	(記号) 一		(番号) -		②事業所名						
								【注意】「記号・番号」を記入した場合は、被保険者の個人番号(マイナンバー)を記入する必要はありません。				
	被保険者 (申請者)の 被扶養者に関するとき	③ 氏名及び 生年月日 昭和・平成 年 月 日	(フリガナ)				④住所	〒 一				
	⑤氏名				⑥生年月日	昭和 平成 令和			年 月 日	⑦続柄		
	⑧傷病名				⑨発病又は負傷年月日	昭和 平成 令和			年 月 日			
	⑩発病又は負傷 の原因及び症 状の経過						⑪第三者の行為 が原因で	ある・ない			「ある」の場合は、第三者行為による「負傷届」を提出してください。	
	⑪で「ある」と答えた場合は第三者の	⑫氏名				⑬住所	TEL ()					
	診療を受けた病院等の	⑭名称	⑮所在地			⑯医師名						
	⑰診療の期間	令和 年 月 日	から			日間	⑰診療に要した費用の額	円				
	令和 年 月 日	まで				⑰診療の内容						
⑲療養の給付を受けることができなかった理由												

振 込 口 座	<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。) (注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。				
	金融機関名 (フリガナ)		支店名 (フリガナ)	預金種別 普通 当座 その他()	口座番号 (フリガナ)

給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者(申請者)名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。				
	令和 年 月 日			委任者との関係 ()	
	住所				
	被保険者 (申請者) 氏名	代理人	電話	()	
				氏名	

◎ 添付書類(申請内容によっては、その他の書類が必要となる場合があります)

海外で診療を受けた場合は、上記に併せて、翻訳者が署名し、その者の住所及び電話番号を明記した翻訳文、渡航確認書類(旅券、航空券その他の海外に渡航した事実が確認できる書類の写し)、同意書が必要となります。

受付年月日