

健康保険 被保険者・家族 療養費支給申請書(海外)

被 保 険 者 一 申 請 者 の 記 入 欄	①	被保険者等 記号・番号	(記号) (番号)										②事業所名																	
		個人番号 (マイナンバー)														【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	③氏名及び 生年月日	(フリガナ)										④住所		〒 () TEL ()															
	被扶養者に関 するとき	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 令和 年 月 日 まで										⑱診療に要した費用の額		円															
													⑲診療の内容																	
⑳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	支店名	預金種別	口座番号	口座名義
	(フリガナ)	(フリガナ)	普通 当座 その他()		(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。									
	委任者との関係 ()									
	令和 年 月 日									
	住所									
	住所									
被保険者 (申請者)		代理人		電話 ()						
氏名		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)

受付年月日

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。