

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	記号	1 2 5 0	番号	0 0 0 0 0 1	生年月日	年	月	日
	被保険者証の （右づめ）				<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	6	0	0 8 0 2
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎						
	住所	(〒 350 - 0001) 埼玉県 川越市〇〇1-1-1						
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 (0001) 0001							
<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は□にレ）								

振込先指定口座	金融機関 名称	健康信用	銀行 (金庫) 信組 農協 漁協 その他()	健康	本店 (支店) 出張所 本所 支所
	預金種別	1 普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号	1 2 3 4 5 6	左づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ (姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(゜)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。) ケンポ゜ タロウ			口座名義 の区分

「2」の場合は必ず記入ください。

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	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。		令和	年	月	日
		氏名	住所 「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ				
	代理人 (口座名義人)	(〒 -) TEL ()	委任者と 代理人との 関係				
		住所 (フリガナ) 氏名					

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

常務理事	事務長	係長	担当者

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

被保険者氏名

健保 太郎

申請内容	1 受診者	<input checked="" type="checkbox"/> 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	健保 花子	生年月日
				<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 59年 5月 10日
	2 傷病名	右橈骨遠位端骨折		3発病または負傷年月日
				<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 1年 7月 25日
	4 発症の原因および経過 (詳しく)	(原因および経過) <input checked="" type="checkbox"/> 1.病気 2.ケガ ➡ 負傷原因届を併せてご提出ください。		
	5 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	診療した医師等の氏名
	国名	ケンポメディカル	バンクーバー 1111-1	ジョン・ニコール
	カナダ	名称	所在地	診療した医師等の氏名
6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日	年 月 日	日数	
	010725	010728	2 日	
6-①上記の期間に入院していた場合は、その期間	(令和) 年 月 日	年 月 日	日数	
7 療養に要した費用の額	1000 (カナダドル) 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	レントゲン撮影後、ギプスによる固定を行いました。また、痛み止めの薬を処方されました。			
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。または帰国されましたか。 <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 (1年 7月 20日 ~ 1年 7月 31日) ・渡航目的 海外滞在の理由 観光			