

健康保険 被保険者 海外療養費支給申請書
家 族

① 被保険者証	記号	② 氏名		③ 生年 月日	昭和 平成	年	月	日
	番号							
④ 住所	〒 携帯電話			⑤ 部署名				
⑥ 家族が治療を受けたとき				⑦ 生年 月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	続柄							
⑧ 発症または負傷年月日	平成 令和		年	月	日	⑨ 傷病名		
⑩ 傷病の経過	第三者行為によるものですか							
	いいえ ・ はい							
⑪ 診療を受けた医療機関	名称				医師名			
	所在地				電話			
⑫ 療養期間	自	年	月	日	区分	入院の場合は入院期間		診療に要した費用の額
	至	年	月	日	日間	入院外 入院	年 月 日 年 月 日	日間
⑬ 診療内容								
⑭ 渡航期間	自	年	月	日	⑮ 海外で 受診した 理由			
	至	年	月	日				
⑮ 確認欄	<input type="checkbox"/> この届出は私（被保険者）が作成したものであり、記載内容に誤りがない事を確認しています。							

※押印は要りませんが、チェックをしてください。

支払先	銀行					店名	本店				
	普通・当座	口座番号					支店				
							口座名義 (カタカナ)				

※振込先はゆうちょ銀行以外の金融機関に限ります。

被保険者名義人以外の口座へ振込みを希望の場合は、下記の委任状欄の記載が必要となります。

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 利用しない場合は上記の欄を記入。）

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。

委 任 状	受領代理人氏名 私は上の者を代理人と定め、本請求の給付金受領に関する権限を委任します。 被保険者氏名
-------------	--

（ 受 付 日 印 ）