

支給決定 並びに支出伺	常務理事	事務長	担当	支給決定額					円
				支給期間	平成 平成	年 年	月 月	日 日	日間

健康保険 海外療養費 支給申請書

被保険者(申請者)情報	被保険者証の記号	番号	生年月日		
	氏名・印	(フリガナ)	印	所属	部・支店・工場 課
	住所	(〒 -)	都(道)	府(県)	
	電話番号	TEL ()			

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	2 診療を受けた国名		
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
	3 傷病名		4 発病または負傷年月日	平成 年 月 日	
	5 発病の原因および経過(詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. ケガ <input checked="" type="checkbox"/> 2. 病気	負傷の原因(負傷した日時・負傷した場所・発生状況を具体的に記入ください。)		
	6 診療を受けた医療機関等	名称	所在地	診療した医師等の氏名	
	7 診療を受けた期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	8 療養に要した費用	() 通貨単位を記入ください。

【添付書類】①診療内容明細書 ②領収明細書 ③海外で支払った領収証(※すべて原本)を申請書に添付してください。
※申請書は1ヶ月ごとに1枚必要です。

振込先指定口座	金融機関名称	銀行(金庫) 信組 農協(漁協)		本店(支店) 出張所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	口座番号	※左づめでご記入ください。 ※ゆうちょ銀行は不可です。
	口座名義	▼カタカナでご記入ください。		口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者(被保険者) 2. 代理人

▼「2. 代理人」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

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。	平成 年 月 日	受付日付印
	代理人(口座名義人)	氏名・印	印	
	住所(フリガナ)	TEL ()	委任者と代理人との関係	

被保険者証の記号・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。※【注意】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。