

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書  
家族

海外用

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名称	
	氏名	(フリガナ)		生年月日	年 月 日
	住所	〒	—	電話番号 (日中の連絡先)	( )
	提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )			

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

※給付金の振込先は、被保険者口座または勤務先のいずれかになります。  
 被保険者口座に給付金の振込みを希望する場合は「振込先」欄を記入のうえ、**通帳の写し**または、**キャッシュカードの写し**を添付してください。  
 勤務先に給付金の受け取りを委任する場合は「委任状」欄を被保険者と受任者がそれぞれご記入ください。

振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他( )	預金種別	普通・当座・その他( )
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他( )	口座番号	

委任状	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受任者に委任します。			令和 年 月 日
		氏名			
		住所			
	受任者 (事業主)	事業所名			
		氏名			

申請内容	受診者(どちらかに <input checked="" type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)		第三者行為によるものですか	はい・いいえ	
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	年 月 日	続柄( )	
	傷病名			発病又は負傷年月日 (療養開始日)	年 月 日	
	発病又は負傷の 原因及びその経過 (けがの場合は、どこで どのように負傷されたか)	原因				
		経過				
	診療を受けた病院等	名称			療養を受けた国名	
		所在地				
	診療期間(支給期間)	年 月 日 から		年 月 日 まで (日数 日)		
	上記期間における 受診日の内訳	年 月 … 日、 日、 日、 日、 日、 日				
	療養に要した費用 (現地通貨の単位)			診療の内容		
療養費の申請を行うこと になった理由(該当するもの を○で囲んでください)	1. 仕事で海外へ渡航したが、現地で発病または負傷し受診したため ( 出向・出張 ) 滞在期間: 年 月 日 ~ 年 月 日・未定 2. その他 ( 旅行・留学等 )					

同意欄	この申請に係る健保組合からの問合せを事業所の担当者を通じて行うことに同意します。
	被保険者(申請者)氏名

受付日付印

※訂正される場合は、各記載者が訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と各記載者の氏名(サイン)をご記入ください。