

# 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

提出日 令和 2 年 9 月 7 日

被保険者 申請者 情報	記号(※) 番号	被保険者証の	1 0	9 9 9 9 9	保険証記号番号ご記入の場合、下欄 (*のマイナンバーの記入は不要です。)	生年月日	年	月	日
		事業所名 (会社名)	〇〇〇〇株式会社	所属		<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	3	2	1 0 1 0
		氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎						
		住所	(〒492-8153) 愛知 都 道 稲沢市井之口町中四反畑4500番地 府 県						
		電話番号 (日中の連絡先)	自宅 0 5 8 7 ( 2 3 ) 6 6 6 1	携帯	090 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇				

振込先 指定口座 (被保険者名義)	金融機関 名称 (ゆうちょ銀行以外)	三菱UFJ	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( )	名古屋営業部	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 1. 普通 2. 当座 3. その他 ( )	口座番号	8 8 8 8 8 8 8	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字として左づめでご記入ください。) ケンポ。 タロウ			

提出ルート

被保険者(申請者) ⇒ 健保組合

「申請者記入用」は2ページに続きます。&gt;&gt;&gt;

(\*)

【被保険者のマイナンバー記載欄】

- 被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
- マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認(免許証等コピー)をするための添付書類(マイナンバー通知カードのコピー、免許書等のコピー)が必要です。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

注: マイナンバーを記入した申請書の提出は、社内メール時は「重要メール」、郵送時は「書留」等、記録を残せる方法にてご提出ください。

受付	入力	支払
----	----	----

# 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

被保険者氏名 **健保 太郎**

申請内容	1 受診者	<input checked="" type="checkbox"/> 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	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日				
	2 傷病名	<b>風邪</b>	3 発病または 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 2年 8月 10日				
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	(原因および経過) <b>旅行先で発熱し、気分が悪くなったため、病院を受診。</b>						
	5 申請傷病名について	5-① 業務上の傷病・通勤災害によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ					
		5-② 第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ					
	6 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	名称	所在地				
		<b>アメリカ</b>						
7 診療を受けた期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	年 月 日 0 2 0 8 1 0	から	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	年 月 日 0 2 0 8 1 0	まで	日数 <b>1</b>	日
7 - ①上記の期間に 入院していた場合は、 その期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 [ ] [ ] [ ]	から	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 [ ] [ ] [ ]	まで	日数 [ ]	日
8 療養に要した費用の額	<b>150</b> (アメリカドル)通貨単位を記入してください。(例:アメリカドル)							
9 診療の内容	<b>診察の上、かぜ薬を処方された</b>							
10 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 ( R2年 8月 8日 ~ R2年 8月 18日 ) ・渡航目的 海外滞在の理由 [ <b>海外旅行</b> ]							