


健康保険 被保険者 療養費支給申請書【海外療養費】
家 族

被保険者証 の記号番号	記号	生年月日	昭和 平成	年	月	日	被保険者 資格取得日	平成 令和	年	月	日
	番号										
被 保 険 者 氏 名	フリガナ										
被 保 険 者 住 所	〒 電話 ()										
療養が被扶 養者のとき は、その者 の氏名	フリガナ										
	続柄	生年月日			昭和 平成	年	月	日			
振込先口座 ※被保険者 (従業員)の 口座以外には 振込不可	<input type="checkbox"/> マイナポータル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 <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) ※口座情報の反映には登録から数日を要します。										
	銀行 支店  No.										
	口座名義 (カナ)										
発病又は 負傷年月日	令和	年	月	日	傷病名						
発病又は 負傷の原因 及び経過							第三者の行為に よるものですか	いいえ ・ はい			
診療を受けた 医療機関	名 称				診療を担当 した医師名						
	所在地										
診療の期間 (支給期間)	自	年	月	日	日 数	区 分	入院の場合左記の入院期間			診療に要した費用の額	
	至	年	月	日			入院外 入院	自令和 年 月 日	日間		至令和 年 月 日
診療の内容											
受診者の 情報	(1) 受診者の海外渡航期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ※海外渡航期間が確認できる書類として、以下のいずれかの書類を添付してください。 ・ パスポートの写し (①氏名、顔写真と②当該期間の出入国のスタンプのページ) ・ 査証 (ビザ) の写し (氏名と有効期限が記載されたもの) ・ 航空券の写し (e チケットの控えを含む) (2) 診療を受けた期間における海外渡航 (滞在) の理由を選んでください。 <input type="checkbox"/> 海外勤務 (同行家族を含む) <input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> その他 ()										

令和 年 月 日提出
受付日付印