

健康保険

☐ 被保険者
☐ 家族

海外療養費支給申請書

被保険者等 記号・番号			所 属 事業所		
被保険者（申請者）の氏名(自署)			被保険者の 生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成	年 月 日
被保険者（申請者）の住所	〒 ー				
被扶養者に関する申請のとき	被扶養者氏名 及び生年月日			昭・平・令	年 月 日
傷 病 名			発 病 又 は 負 傷年月日	令和	年 月 日
発 病 又 は 負 傷 の 原 因					
傷 病 の 経 過					
第三者の行為によるものですか	☐ いいえ ☐ はい		※「はい」の場合、「第三者の行為による傷病届」を提出してください。		
診療を受けた 病院等の名称 ・所在地及び 医師の氏名	名 称			医師の 氏 名	
	所在地				
診 療 の 内 容					
診療を受けた 期 間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	診療に要した 費 用 の 額		
療養の給付を受けることができなかった理由					

※ 退職後に請求の場合のみご記入ください。（任意継続被保険者は記入不要です。）

被保険者（請求者）に対する支払金融機関の欄				
金融機関名	銀行・農協 金庫・信組	本店・支店 出張所	口座種別	1. 普通 2. 当座
口 座 番 号		口座名義	フリガナ -----	

受 取 代 理 人 の 欄	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者 住所 (申請者) 氏名			
	受 取 人 情 報	代理人の 氏 名		委任者と代 理人の関係
		代理人の 住 所	〒 ー	

令和 年 月 日提出

受付日付印

事 業 所 担 当 者		