

被保険者(申請者)情報	記号	1 2 3	番号	4 5 6	生年月日	年	月	日			
	被保険者証の (右づめ)				<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	4	8	0	1	0	1
	氏名・印	(フリガナ) ソウコ タロウ	倉庫 太郎	倉庫	自署の場合は押印を省略できます。						
郵便物を受け とることができる住所	(〒 100 - 1234)	東京	都道府県	江東区富岡1-1-1							
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03 (1212) 1212 090 (1234) 5678										

振込先指定口座(日本にある口座)	金融機関 名称	ゆうちょ	銀行 金庫 信組 農協 漁協 其他 ()	110	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	0 1 2 3 4 5 6	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字としてご記入ください。)			口座名義 の区分
	ソウコ タロウ				

「2」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
	氏名・印				印			
	住所	(〒 -)	TEL	()	委任者と 代理人との 関係			
代理人 (口座名義人)	(フリガナ)	氏名・印			印			

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

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。
(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。)

備考欄	
-----	--

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	印
-----------------------	---

受付日付印

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

申請内容	1 受診者	2 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	倉庫 花子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 48年 11月 30日
	2 傷病名	風邪	3 発病または 負傷年月日	平成 29年 1月 20日	
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	1 1. 病気 2. ケガ	不詳 (病気・ケガの原因及び経過を詳しく記入してください)		
	5 診療を受けた医療機関等の 国名	名称	所在地	診療した医師等の氏名	
	アメリカ	New York Hospital	100 3rd Ave, NY 10022		
		名称	所在地	診療した医師等の氏名	
	6 診療を受けた期間	(平成) 年 月 日	年 月 日	日数	1 日
	29 0 1 20	から	29 0 1 20	まで	
6 - ①上記の期間に 入院していた場合は、 その期間	(平成) 年 月 日	年 月 日	日数	日	
7 療養に要した費用の額	70\$ (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)				
8 診療の内容	風邪による診察				
9 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 (平成 29年 1月 15日 ~ 平成 29年 1月 22日) ・渡航目的 海外滞在の理由 旅行				

この申請に係る健保組合からの問い合わせ及び支給決定通知書の送付を事業所の担当者を通じて行うことに同意される場合は、右欄に署名・捺印をお願いします。

10 同意欄

被保険者(申請者)氏名

倉庫 太郎

倉庫