

健康保険 被保険者・被扶養者 療養費支給申請書【海外療養費】

被保険者（申請者）	健康保険の記号番号	記号	番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	氏名(自署)	フリガナ						
	申請者住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒 電話 ()						

申請内容	受診者(該当に○)	本人(被保険者)・家族(被扶養者)		受診者氏名				
	傷病名			受診者の生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	発病の原因 および経過							
	診療を受けた医療機関名称			診療を受けた医療機関住所				
	診療を受けた期間	令和 年 月 日から	日	左記の期間に入院をしていた場合はその期間	令和 年 月 日から	日	令和 年 月 日まで	日
	療養に要した費用			診療の内容				
	渡航期間	令和 年 月 日から	日	渡航目的				
	交通事故等 第三者が原因 ですか	いいえ ・ はい		第三者が原因の場合はその状況				

※被保険者(申請者)名義の口座について、いずれかご記入ください。

振込口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を希望する（希望者は <input checked="" type="checkbox"/> 、希望しない場合は下記に記入）							
	金融機関名称	銀行 信用金庫			本店 支店	支店番号		
	預金種別	普通・当座		口座番号	口座名義 (カタカナ)			

備考	個人番号（健康保険の記号番号が不明な場合のみ記入）	
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①個人番号カード(両面)の写し ②運転免許証やパスポートの写し、および個人番号記載の住民票原本(①が提出できない方のみ)	
添付書類	■医科を受診するとき 1. 診療内容明細書(様式A) 2. 領収明細書(様式B) 3. 領収書(原本) 4. 各添付書類の和訳文 5. 海外療養費に関わる同意書 6. 渡航記録(出国・帰国)が確認できる書類の写し(パスポート等) ■歯科を受診するとき 1. 診療内容明細書(歯科) 2. 領収書(原本) 3. 各添付書類の和訳文 4. 海外療養費に関わる同意書 5. 渡航記録(出国・帰国)が確認できる書類の写し(パスポート等)	

受付日付印