

II 海外受診

健康保険 本人療養費 一部負担還元金 支給申請書
家族療養費付加金

○字句を訂正する場合は、誤った字句を抹消して③欄の印を押し、

① 健康保険証の記号と番号	記号 番号	② 被保険者氏名(請求者) 生年月日	(フリガナ)	③
④ 被保険者(請求者)の現住所	〒		昭・平・令 年 月 日	④ 日中連絡のとれる電話番号 自宅 - - 携帯 - -
⑤ 勤務先会社名				
⑥ 家族が療養を受けた場合はその方の	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日	被保険者との続柄
⑦ 傷病名			⑧ 発病または負傷年月日	平・令 年 月 日
⑨ 診療を受けた病院等の名称			所在地	※国名から記入
⑩ 診療の内容			⑪ 診療に要した費用の額	
			⑫ 診療区分	入院 ・ 外来
⑬ 発病の原因及びその経過				
⑭ 診療を受けた期間	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで 日間		入院の場合、入院期間 平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで 日間	
⑮ 業務上または通勤途上によるものですか	はい ・ いいえ		⑯ 他人の行為によるものですか ※	はい ・ いいえ
⑰ 渡航期間	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで 日間			
⑱ 渡航目的(該当する項目に○)	旅行 ・ 出張、出向 ・ その他 ()			

※⑯で「はい」と回答された場合は「第三者行為による傷病届」をご提出いただく場合があります。

そ 在職中の皆様には事業所(会社)経由での給付金の受け取りにご協力いただいております。
 の 支払金融機関欄は記入せずに委任状欄のみ記入してください。
 上 退職者等で被保険者(請求者)の個人口座に受け取りを希望する場合は、支払金融機関欄
 に 記入し委任状欄は記入しないでください。

受付日付印

正しい字句を記入してください。

保 險 給 付 金 受 取 先	委任状	私は下記の者に療養費の受領を委任します。 令和 年 月 日	
		被保険者(請求者) 住所 氏名	(③欄と同一印) ㊞
		(1) 事業主の選定した保険給付金受領代理人 ※(1)、(2)いずれかを○で囲んでください。 (2) (1)以外の代理人(下記に代理人の住所・氏名、下欄の支払金融機関に記入)	
		代理人 住所 氏名	
	支払金融機関	銀行・農協 信金・信組	本店 支店
		預金種別	普通 ・ 当座
	金融機関コード	店番号 (ゆうちょ銀行の場合は5ケタの通帳記号)	
	口座番号 (ゆうちょ銀行の場合は8ケタの通帳番号)	フリガナ	
		口座名義	

マイナンバーにより申請される方は下記へ記入してください。
 マイナンバーを記入する場合、個人番号及び本人確認をするための添付書類が必要です。