

健康保険 海外療養費支給申請書

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号 番号		記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください										
		—												
	氏 名 (自署)	フリガナ -----			生年月日		昭・平・令 年 月 日							
	住 所 電話番号	()			電話番号 :		()							
	事業所名称													
申請内容	受診者	☐ 被保険者 ☐ 家族（被扶養者）												
	家族の場合はその方の	氏名				生年月日	昭・平・令 年 月 日							
	傷病名				発病または 負傷年月日	令 年 月 日								
	発病の原因および経過 (詳しく)													
	診療を受けた医療機関等の	名称				診療した 医師氏名								
	国名			所在地										
	診療を受けた期間	令 年 月 日 から 令 年 月 日まで () 日間												
	上記の期間に入院して いた場合はその期間	令 年 月 日 から 令 年 月 日まで () 日間												
	療養に要した費用の額	_____ () 通貨単位を記入してください 例 : アメリカドル												
	診療の内容													
振込先	金融機関名	銀行・金庫 農協・信組			預金種別	普通 ・ 当座								
		本店・支店・出張所			口座番号									
	口座名義 (カタカナ)	※上記被保険者と同じ名義の口座を記入してください。												
	公金受取口座	☐ マイナポータル等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 ☒ 利用しない場合は上記の欄を記入してください) 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。												

受 付 年 月 日