

# 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 000	番号 000000	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 三菱 太郎	生年月日	昭	平	令 00 年 00 月 00 日
	住所 電話番号	(〒 000 - 0000 ) 00 県 00 市 00 町 1 - 1	電話番号	000 ( 000 ) 0000		
	事業所名称	0000 株式会社 00 工場				
申請内容	受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 家族 (被扶養者)				
	家族の場合はその方の 傷病名	氏名 三菱 花子	生年月日	昭	平	令 00 年 00 月 00 日
	発病の原因および経過 (詳しく)	風邪	発病または 負傷年月日	令	00 年 00 月 00 日	
	診療を受けた医療機関等の 名称	0000	診療した 医師氏名	00	00	
	国名 アメリカ合衆国	所在地	00000000			
	診療を受けた期間	令 00 年 00 月 00 日 から 令 00 年 00 月 00 日まで ( 0 ) 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	0000 ( 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				
診療の内容	投薬					
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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ→海外在住の理由 [ ] ↓ ・ 渡航期間 ( 00 年 00 月 00 日 ~ 00 年 00 月 00 日 ) ・ 渡航目的・海外滞在の理由 [ 観光のため ]					
振込先	金融機関名	00 銀行・金庫 農協・信組	預金種別	普通 当座		
	口座名義 (カタカナ)	00 本店・支店・出張所	口座番号	0	0	0
	公金受取口座	※上記被保険者と同じ名義の口座を記入してください。 □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。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。				

受付年月日