

健康 保険 使 用 欄	支払額	款項目	百万	拾万	万	千	百	拾	円	平成	年	月	日	取得	平成	年	月	日	伺
			¥								平成	年	月	日	喪失	平成	年	月	日
		傷病名	支給計算日							請求額(円)	査定額(円)								
			平成 年 月 日																
		国際疾病分類No.	一日あたりの点数																
			点							合計									
		外貨為替レート							一部負担額										
									1 2 3										
		平成 年 月 日付 円/							支給額										

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (海外用)
家族

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の 記号・番号	(記号) 90	(番号) 32	②事業所名	△△△△株式会社							
	③被保険者 (申請者)の 氏名・印	吉田 一郎 			④生年 月日	昭和 平成	43	年	9	月	10	日
	⑤被保険者 (申請者)の住所	〒 — 大阪市…… 電話 06 (0000) ××××										
	⑥療養が被扶養 者に関するときは その方の氏名				⑦生年 月日	昭和 平成	年	月	日	続柄		
	⑧傷病名	風邪			⑨治療の内容	投薬						
	⑩通・退勤中または 業務中によるもので すか	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい			⑪第三者によ るものですか	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい ”はい”の場合は「第三者行為届」を提出						
	⑩診療の期間	自平成	29	年	1	月	13	日	日間	左の期間のうち入院期間 平成 年 月 日 日間 平成 年 月 日 日間		
	⑪診療に 要した費用	通貨	ドル			⑫渡航の目的	<input checked="" type="checkbox"/> 海外赴任 別紙、事業主証明を添付してください					
		金額	500ドル				<input type="checkbox"/> 旅行 渡航期間のわかるパスポート等の写を添付ください					
		国名	アメリカ				<input type="checkbox"/> 海外居住 (平成 年 月 日から)					

*記号・番号をご記入された方はマイナンバーの記入は不要です。また、マイナンバーで申請希望される方は③の被保険者氏名の下に12桁の数字をご記入ください

⑬ 必ずご記入ください											
銀行 コード (4ケタ)	1234	00	銀行 信用 金庫 農協	支店 コード (3ケタ)	567	00	支店	普通・当座 (ごつけてください)			
口座 番号	ゆうちょ銀行は8ケタの記入をお願いします							カタカナで記入してください			
	9	8	7	6	5	4	3	ヨシダ イチロウ			

※被保険者以外の口座をご希望の場合は、下欄の「受取代理人の欄」にもそ
記入・捺印が必要です

受 取 代 理 人 の 欄	住所	被保険者	氏名	
	住所	代理人	氏名	

記入洩れが多発しております！！
銀行名・支店名・口座番号・預金名義
全て洩れなく記入して下さい。
※被保険者以外の口座をご希望の場
合は、下欄の「受取代理人の欄」にもそ

受付日付印