

記入例

健康 保 使 用 欄	支払額	款項目	百万	拾万	万	千	百	拾	円	年	月	日	取得	年	月	日	伺
		¥									年	月	日	喪失	年	月	日
		傷病名	支給計算日						請求額(円)			査定額(円)					
			令和 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									
		令和 年 月 日付 円/						1 2 3									
								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 こ ろ	右記内容を確認し、同意の上申請してください	申請書類にある事実(療養行為を行った日時、場所、療養内容等)を確認するため、申請書類の提供等によって、療養行為を行った者に照会を行い、当該者からその照会内容について情報提供を受けることに同意します。					
	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	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 ( 〇〇〇〇 ) ××××	
	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 令和	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		
	⑫診療の期間	自 令和 1年 6月 1日	至 令和 年 月 日	1日間	左の期間のうち入院期間 自 令和 年 月 日 日間 至 令和 年 月 日 日間		
	⑬診療に要した費用	通貨	ドル		⑭渡航の目的	<input checked="" type="checkbox"/> 海外赴任 〇・R 30年10月1日から 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・令和 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

⑮ 支払希望の銀行	必ずご記入ください								
	銀行コード(4ケタ)	1234	〇〇	銀行 信用金庫 農協	支店コード(3ケタ)	567	〇〇	支店	普通・当座 (〇をつけてください)
口座番号	ゆうちょ銀行は8ケタの記入をお願いします						口座名義	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、必ず「受取代理人の欄」にもそれぞれ記入が必要です

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人 令和 年
	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。  
\*ゆうちょ銀行をご希望の方は必ず支  
店名(漢数字3桁)も記入してください。  
※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  
れぞれ記入が必要です。

受付日付印