記入例

健保使用欄						
支払額	款項目	¥		資格有無 □あり □なし	処理日： 年 月 日	
				喪失日： 年 月 日	支払日： 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			
			一部負担額			
令和						

記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書のいずれかでご確認ください。

健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書（海外用）

被保険者が記入するところ					
右記1.2の内容を確認し、同意の上申請してください	1.申請内容について、支給決定項目等を事業主へ開示する事に同意します。 2.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被保険者等記号・番号	(記号) 90	(番号) 32	②事業所名	△△△△株式会社	
被保険者のマイナンバー(被保険者等記号番号を記入した場合は不要です)					
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	〒 ー 大阪市・・・・ 電話 06 (○○○○) ×××× 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	☑いいえ ・ □はい		⑪第三者によるものですか	☑いいえ ・ □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 6 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 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	☑ 海外赴任 R 2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		□ 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		□ 海外居住 (平成・令和 年 月 日から)	

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	○○ 銀行・信用金庫・農協	支店コード(3ケタ)	567	○○ 支店	普通・当座 (○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						
		9	8	7	6	5	4	3
口座名義	カタカナで記入してください ヨシダ イチロウ						
□	マイナポータル等で事前登録した公金受取口座[illegible]場合は手[illegible]してください※公金受取口座へのお支払いにはお時間をいただく場合があります						

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

受付日付印

住商連合健康保険組合