

どちらかに✓を付けてください。

健康保険 被保険者家族 海外療養費 支給申請書

記号・番号は、右づめで記入してください。

枝番は不要です。

被保険者 申請者 情報	健康保険の (右づめ)	記号 1 2 3	番号 1 2 3 4 5	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 6 2 1 2 2 5	
	氏名	(フリガナ) タイハイ ヨウノシン 太平洋之進			住所は、申請時の現住所を記入してください。
	住所	(〒 -) 東京 都道府県 町田市〇〇町××-××-××			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 (〇〇〇〇) ××××			日中に連絡のとれる電話番号を記入してください。
<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します					

申請内容	1 受診者	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族	
	1-① 家族の場合はその方の	氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 傷病名	捻挫	または 令和 4 年 3 月 1 日
	4 発病の原因および経過 (病院に行くきっかけ)	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 病気 2. ケガ 原因とその後の経過を記入してください。 海外旅行中、ホテルの階段を踏み外し足首を振った。 経過良好	
	5 診療を受けた医療機関等の (国名)	名称 〇〇〇〇 Hospital	診療した医師の氏名 〇〇〇〇 〇〇〇〇
		住所 000, West 00th Street, New York, NY, USA	
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日 から 年 月 日 まで	日数 3日
	6-① 上記の期間に入院していた場合は、その期間	(令和) 年 月 日 から 年 月 日 まで	日数 日
7 療養に要した費用の額	約 9,400 円 (海外通貨 80US\$)		
8 診療の内容	テーピング、投薬		

上記のとおり相違ないことを証明します。
委任を受けた療養費及び同付加金の受領は貴組合との間で定められている所定の方法で受領いたします。

令和 年 月 日

受任者 事業所 所在地 事業主証明 担当者名

名称 氏名 電話 ()

・健康保険の記号番号を記入した場合は不要です
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

- 添付書類
- ・療養明細書(原本)
- ・領収書(原本)
- ・翻訳

【健保使用欄】

支給・支払決議書	同年月日	令和 年 月 日							
	支払額	百万	十万	万	千	百	十	円	
	内訳	法定							
		付加							
		食事							
	期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)							
計算式	円×7割・8割 / 個人負担 円								
資格	得	年 月 日	備考						
	喪	年 月 日							

翻訳は、プロでなくても大丈夫ですが、必ず翻訳者の住所・氏名・印(サイン)が必要です。
注: 本人不可