

# 健康保険 被保険者・被扶養者 海外療養費支給申請書

記入例

資格取得	平成 令和	年	月	日	通番
資格喪失	平成 令和	年	月	日	

被保険者等 記号・番号	記号	番号						被保険者氏名	大東 太郎			
	1	1	2	3	4	5	6	7	被保険者生年月日	昭和	平成 40 年 1 月 23 日	
被保険者住所	〒 123 - 4567						東京都〇〇区△△1-2-3			TEL: 123 ( 4567 ) 8910		
事業所名称 及び所在地	名称 〇〇株式会社〇〇支店			所在地 東京都〇〇区△△3-2-1								
被扶養者に 関する 申請のとき	氏名			生年月日			被保険者との続柄					
				昭和・平成・ 令和			年 月 日					
傷病名	〇〇〇〇〇						発症又は 負傷年月日 (療養開始日)	令和 3 年 1 月 23 日				
発病又は負傷の原因 及びその経過	〇〇〇〇〇											
診療を受けた病院等の 名称及び所在地	名称			所在地				医師氏名				
	〇〇〇〇〇			〇〇〇〇〇				〇〇〇〇〇				
診療の期間	(自)		(至)		日数		診療の種類					
	3 年 1 月 23 日		3 年 1 月 25 日		2 日間		入院 外来・調剤					
入院の場合、入院期間	年 月 日		年 月 日		日間		診療に要した費用の額					
診療の内容	〇〇〇〇〇						〇〇〇〇					
療養の給付を受けることが できなかった理由	〇〇〇〇〇						第三者行為に よるものですか	はい いいえ				
公金受取口座	<input type="checkbox"/> 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☑。利用しない場合は下記の欄を記入。)											
振込希望口座												
金融機関コード	銀行コード	1	2	3	4	支店コード	1	2	3	口座名義人 フリガナ	ダイトウ タロウ	
金融機関名称	〇〇		銀行 信組 金庫 その他		〇〇		本店 出張所 支店 その他		大東 太郎			
種別	普通	当座	口座番号		1	2	3	4	5		6	7

令和 年 月 日 提出

※被保険者以外の口座を希望する場合は、委任状を記入してください。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。

## 《委任状》

本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。

令和 年 月 日 被保険者 住所

氏名

被保険者以外の口座に  
入金希望する場合のみ記入

代理人 住所

氏名

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
(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。)

備考欄

受付印