

# 健康保険 被保険者・被扶養者 海外療養費支給申請書

資格取得	平成 令和	年	月	日	通番
資格喪失	平成 令和	年	月	日	

被保険者証	記号	番号				被保険者氏名				
						被保険者生年月日	昭和・平成	年	月	日
被保険者住所	〒 ー TEL: ( )									
事業所名称 及び所在地	名称					所在地				
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						発症又は 負傷年月日 (療養開始日)	平成 令和	年	月	日
発病又は負傷の原因 及びその経過										
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	
診療の期間	(自)		(至)		日数			診療の種類		
	年	月	日	年	月	日	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										
療養の給付を受けることが できなかった理由							第三者行為に よるものですか		はい・いいえ	
振込希望口座										
金融機関コード	銀行コード				支店コード				□座 名 義 人	フリガナ
金融機関名称	銀行 信組 金庫 その他				本店 出張所 支店 その他					
種別	普通・当座	口座番号								

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。

《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
	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