

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	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	昭和・平成・令和		被保険者との続柄				
					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)	平成	28 年 12 月 1 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	〇〇〇〇〇				所在地	〇〇〇〇〇			医師氏名		
									〇〇〇〇〇			
診療の期間	(自)	30 年 12 月 1 日				(至)	30 年 12 月 10 日				診療の種類	
							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				
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	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		△△		本店 出張所 支店 その他		口座名義人 大東 太郎			
種別	普通・当座		口座番号		1	2	3	4			5	6

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
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