

健康保険 被保険者 被扶養者 海外療養費支給申請書

被 保 険 者 情 報	被保険者証 の 記号・番号	記号	番号 (枝番)	事業所の名称	会社名	
	被保険者 の氏名と印	印			被保険者の 生年月日	1. 昭和 2. 平成 年 月 日 生まれ 3. 令和
	被保険者の 住所・電話				〒	日中連絡が取れる電話番号 TEL ( )

申 請 内 容	受診者	該当者に <input checked="" type="checkbox"/> チェックし、被扶養者(家族)の場合、氏名・生年月日をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)				
		被扶養者(家 族)の氏名	被扶養者(家 族)の 生年月日	1. 昭和 2. 平成 年 月 日 生まれ 3. 令和		
	傷病名			発病または負 傷の年月日	令和 年 月 日	
	付添を必要と 認めた理由					
	他人の行為に よる場合	その事実と届出の有無:		加害者の氏名: 加害者の住所:		
	傷病の経過					
	診療又は手当 てを受けた医 療機関などの 情報	医療機関名: 所在地:		診療した医師等の氏名: TEL ( )		
	診療又は手当 ての内容			入院期間	自 年 月 日 至 年 月 日	コルセット装着日 年 月 日
	診療又は手当 てを受けた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日			診療又は手当 てに要した費用の額	円
	日本国内で受診 できなかった理 由	1. 出張中 2. 海外勤務中 3. その他(理由: )				

振 込 先 指 定 口 座	【口座名義の区分】 <input type="checkbox"/> 被保険者名義 <input type="checkbox"/> 代理人名義(委任状欄をご記入ください。また、公金受取口座は利用できません。)			
	銀行名		支店名	
	銀行		支店	
	口座番号		支店コード	
	預金種別 1. 普通 2. 当座			
口座番号				口座名義 カタカナ (姓と名の間は1マス開けてください。濁点(°)、半濁点(゜)は1文字としてご記入ください。)
<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。(利用する場合のみ <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください) 注意事項 ※上記の欄に振込口座の記入がある場合は、上記を優先します。 ※給付日直前の変更や登録内容に誤りがあった場合は、給付日が遅れることがあります。				

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		令和 年 月 日
	被保険者 氏名	印	※住所は「被保険者情報」と同じ
	住所 〒	被保険者との関係	
	代理人 (口座名義人) 氏名	印	

本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。