

健康保険

被保険者
被扶養者

療養費支給申請書【海外療養費】

被保険者情報	被保険者証の記号番号	記号 2000	番号 〇〇〇〇	所属事業所	株式会社 セールスフォース・ジャパン
	氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎			生年月日 平成1年7月4日
	申請者住所 電話番号 等 (日中の連絡先)	〒 123-4567 東京都 〇〇区 ×× 1-2-3 電話 090 (◆◆◆◆) △△△△			
	社員番号	×××××		メールアドレス	△△△△@××.co.jp

申請内容	受診者 (該当に○)	本人(被保険者)・家族(被扶養者)		受診者氏名	健保 太郎
	傷病名	風邪		受診者の 生年月日	平成1年7月4日
	発病の原因 および経過	高熱のため旅行先で急速医療機関を受診した			
	診療を受けた 医療機関名称	◆◆クリニック		診療を受けた 医療機関住所	Washington D.C. U.S.A
	診療を受けた 期間	令和5年6月10日から 令和5年6月10日まで 1 日		左記の期間に入院 をしていた場合はそ の期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日
	療養に要した 費用	200米ドル		診療の内容	診察と投薬
渡航期間	令和5年6月5日から 令和5年6月14日まで 10 日		渡航目的	旅行	
交通事故等 第三者が原因 ですか	いいえ・はい ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。		業務上、通勤途上 によるものですか	いいえ・はい ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。	

※給与口座以外の口座へお振込み希望の場合は下記にご記入ください。

振込先情報	金融機関コード	△△△		支店コード	×××
	金融機関名称	◆◆◆		銀行	〇〇 本店
	預金種別	普通 当座 その他 ()	口座番号	1234567	口座名義 (カタカナ)

【添付書類】

1. 診療内容明細書
2. 領収明細書
3. 現地で支払った領収書の原本
4. 各添付書類の翻訳文
5. 海外渡航期間がわかる書類(パスポート等)の写し
6. 海外の医療機関等に照会することの同意書

備考	個人番号 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要)	
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。	
	①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点	

受付日付印