

健康保険海外療養費支給伺

取得	昭・平	年	月	日	常務理事		事務長		係		支給額							円
喪失	平成	年	月	日														
支給期間	平成	年	月	日	日間	種別		請求		査定								
	平成	年	月	日		検査												
種別	請求		査定		処置及び手術													
初診					入院													
再診																		
往診					計													
投薬					一部負担													
注射					支給額													

健康保険 海外療養費 支給申請書

1 2 被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の(右づめ)		昭和			
	氏名・印	(フリガナ)	平成			
郵便物を受けとることができる住所	(〒 -)	都 道 府 県	自署の場合は押印を省略できます。			
電話番号(日中の連絡先)	TEL ()					

振込先指定口座(日本にある口座)	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他()	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1.普通 3.別段 <input type="checkbox"/> 2.当座 4.通知	口座番号
	口座名義	カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)	口座名義の区分
			<input type="checkbox"/> 1.申請者 <input type="checkbox"/> 2.代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	平成 年 月 日
	氏名・印	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
	代理人(口座名義人)	(〒 -) TEL ()	委任者と代理人との関係
	住所 (フリガナ)	氏名・印	

「申請者記入用」は裏面に続きます。

被保険者証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。)

受付日付印

備考欄

