

健康保険 被保険者 療養費・療養附加金 支給申請書
 家族 (海外療養費)

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者等記号・番号※		被保険者(申請者)の氏名・印				生年月日	
	-		ワガナ ①				昭和 平成	年 月 日
	住所					連絡先 ※日中連絡の取れる電話番号		
	〒 -							
	事 業 所	名称			所在地			
		〒 -						
	受診者	1. 被保険者(本人)		被扶養者(家族)の場合はその方の氏名		生年月日		
		2. 被扶養者(家族)				昭和 平成 令和	年 月 日	
	傷病名					発病または 負傷年月日	平成 令和	年 月 日
	発病の原因および 経過(詳しく)	1. 病気	病気の場合は、下記に【原因および経過】をお書きください					
2. ケガ		ケガの場合は、別紙「負傷の原因について」を記入のうえ、併せてご提出ください 第三者行為によるものですか 1. はい 2. いいえ						
診療を受けた 医療機関等の 国名 []	名称			所在地		診療した医師等の氏名		
診療を受けた期間	入院・外来・調剤	平成 令和	年 月 日	～	年 月 日	日数	日間	
療養に要した 費用の額	() ※ () 内には通貨単位を記入してください。(例：アメリカドル)							
診療の内容								
受診者の情報	(1) 受診者の海外渡航期間 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 ・日本に帰国予定はありますか <input type="checkbox"/> はい(令和 年 月頃) <input type="checkbox"/> いいえ ※海外渡航期間が確認できる書類として、以下のいずれかの書類を添付してください。 ・パスポートの写し(①氏名・顔写真と②当該期間の出入国スタンプのページ) ・査証(ビザ)の写し(氏名と有効期限が記載されたもの) ・航空券の写し(eチケットの控えを含む) (2) 診療を受けた期間における海外渡航(滞在)の理由を選んでください。 <input type="checkbox"/> 海外勤務(同行家族を含む) <input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> その他 []							

※記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書(健康保険証)のいずれかでご確認ください。

使 用 組 合 合	
-----------------------	--

支 払 機 関 の 欄	振込先 金融機関名	銀行 金庫	本店 支店	ワガナ	
	預金種別 口座番号	1. 普通 2. 当座	No.	<input type="checkbox"/> 口座名義 (請求者名義のみ)	

受 取 代 理 人 の 欄	申請者	本申請および給付金に関する受領を下記代理人に委任します。			記入日	年 月 日
		住所				受付印
		氏名	①			
	代理人	住所				①
	氏名					

※添付書類については、HPをご覧ください。