

記入上の注意

2 1 診療を受けたのではなく、薬剤の支給だけを受けた場合と医師以外の者から手当てを受けた場合は、読み替えて記入してください。

また、それ以外の申請のときは、健康保険証等の交付年月日を記入してください。

被保険者  
被扶養者

療養費支給申請書

(海外療養費)

|                                                          |                             |  |    |                                                                                                                      |                |          |      |            |          |                          |  |                                                                                                         |                                                                                                                                                          |   |   |             |  |       |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------|--|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------|------|------------|----------|--------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|-------------|--|-------|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | 被保険者証等の<br>記号と番号            |  | 記号 |                                                                                                                      |                |          |      | 被保険者<br>氏名 |          | (フリガナ)                   |  |                                                                                                         |                                                                                                                                                          |   |   |             |  |       |  |  |  |  |  |
|                                                          |                             |  | 番号 |                                                                                                                      |                |          |      |            |          |                          |  |                                                                                                         |                                                                                                                                                          |   |   |             |  |       |  |  |  |  |  |
|                                                          | 事業所名・所属                     |  |    | (所属)                                                                                                                 |                |          |      |            |          |                          |  |                                                                                                         |                                                                                                                                                          |   |   |             |  |       |  |  |  |  |  |
|                                                          | 連絡先                         |  |    | ( ) ※日中連絡のとれる連絡先をご記入ください                                                                                             |                |          |      |            |          |                          |  |                                                                                                         |                                                                                                                                                          |   |   |             |  |       |  |  |  |  |  |
|                                                          |                             |  |    | E:mail ※海外駐在中にご提出の場合は、必ずメールアドレスをご記入ください。                                                                             |                |          |      |            |          |                          |  |                                                                                                         |                                                                                                                                                          |   |   |             |  |       |  |  |  |  |  |
|                                                          | 申請が被扶養者に関するときはその者の          |  |    | 氏名                                                                                                                   |                |          |      |            | 生年<br>月日 | 昭和<br>平成<br>令和           |  |                                                                                                         | 年                                                                                                                                                        | 月 | 日 | 被保険と<br>の続柄 |  |       |  |  |  |  |  |
|                                                          | 傷 病 名                       |  |    |                                                                                                                      |                |          |      |            |          | 発病又は負傷の<br>年月日           |  | 年 月 日<br>(負傷の場合は 時頃)                                                                                    |                                                                                                                                                          |   |   |             |  |       |  |  |  |  |  |
|                                                          | 発病又は<br>負傷の原因               |  |    |                                                                                                                      |                |          |      |            |          | 診療または装具等の<br>内容(いずれかに✓)  |  | <input type="checkbox"/> 診療・投薬<br><input type="checkbox"/> 治療用装具等の装着<br><input type="checkbox"/> その他( ) |                                                                                                                                                          |   |   |             |  |       |  |  |  |  |  |
|                                                          | 傷病の経過<br>(いずれかに✓)           |  |    | <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> その他( ) |                |          |      |            |          |                          |  |                                                                                                         |                                                                                                                                                          |   |   |             |  |       |  |  |  |  |  |
|                                                          | 診療を受けた<br>病院等の名称・住所         |  |    | 名称                                                                                                                   | (診療に従事した医師の氏名) |          |      |            |          |                          |  |                                                                                                         |                                                                                                                                                          |   |   |             |  |       |  |  |  |  |  |
|                                                          |                             |  |    | 住所                                                                                                                   |                |          |      |            |          |                          |  |                                                                                                         |                                                                                                                                                          |   |   |             |  |       |  |  |  |  |  |
|                                                          | 診療に要した<br>費用の額<br>(現地通貨で記入) |  |    |                                                                                                                      |                |          |      |            |          | 治療用装具等<br>領収日            |  | 年 月 日                                                                                                   |                                                                                                                                                          |   |   |             |  |       |  |  |  |  |  |
|                                                          | 診療を受けた期間                    |  |    | 自 年 月 日                                                                                                              |                |          |      |            |          | 入院の場合 入院期間               |  |                                                                                                         |                                                                                                                                                          |   |   |             |  |       |  |  |  |  |  |
|                                                          |                             |  |    | 至 年 月 日 日間                                                                                                           |                |          |      |            |          | 自 年 月 日 ( 日間)<br>至 年 月 日 |  |                                                                                                         |                                                                                                                                                          |   |   |             |  |       |  |  |  |  |  |
|                                                          | 装具の場合は<br>装着年月日             |  |    | 年 月 日                                                                                                                |                |          |      |            |          | 保険証等交付年月<br>日            |  | 年 月 日                                                                                                   |                                                                                                                                                          |   |   |             |  |       |  |  |  |  |  |
|                                                          | 療養の給付を受けるこ<br>とができなかった理由    |  |    |                                                                                                                      |                |          |      |            |          |                          |  |                                                                                                         |                                                                                                                                                          |   |   |             |  |       |  |  |  |  |  |
|                                                          | 第三者の行為によって<br>負傷したものか否か     |  |    | ある ・ ない                                                                                                              |                |          |      |            |          | その事実の届出の有無               |  | ある ・ ない                                                                                                 |                                                                                                                                                          |   |   |             |  |       |  |  |  |  |  |
|                                                          |                             |  |    |                                                                                                                      |                |          |      |            |          | 第三者の氏名と住所<br>(不明のときはその旨) |  |                                                                                                         |                                                                                                                                                          |   |   |             |  |       |  |  |  |  |  |
| 上記のとおり申請いたします。                                           |                             |  |    |                                                                                                                      |                |          |      |            |          |                          |  |                                                                                                         |                                                                                                                                                          |   |   |             |  | 年 月 日 |  |  |  |  |  |
| 〒 ー                                                      |                             |  |    |                                                                                                                      |                |          |      |            |          |                          |  |                                                                                                         |                                                                                                                                                          |   |   |             |  |       |  |  |  |  |  |
| 住所                                                       |                             |  |    |                                                                                                                      |                |          |      |            |          |                          |  |                                                                                                         |                                                                                                                                                          |   |   |             |  |       |  |  |  |  |  |
| 被保険者<br>(申請者) TEL 氏名                                     |                             |  |    |                                                                                                                      |                |          |      |            |          |                          |  |                                                                                                         |                                                                                                                                                          |   |   |             |  |       |  |  |  |  |  |
| 金<br>融<br>機<br>関                                         | 銀 行                         |  |    |                                                                                                                      |                |          | 本 店  |            |          |                          |  |                                                                                                         | 【添付書類】<br><br>内科、外科、眼科等・・・医師の記入した診療内容明細書A、領収明細書B、<br><br>領収書(原本)、領収書の翻訳文<br><br>歯科・・・診療内容明細書(歯科)、領収書(原本)、領収書の翻訳文<br><br>治療用装具・・・詳細のわかる領収書(原本)と医師の意見書(原本) |   |   |             |  |       |  |  |  |  |  |
|                                                          | 支店<br>番号                    |  |    |                                                                                                                      |                | 普通<br>当座 | 口座番号 |            |          |                          |  |                                                                                                         |                                                                                                                                                          |   |   |             |  |       |  |  |  |  |  |
|                                                          | 口座名義人                       |  |    |                                                                                                                      |                |          |      |            |          |                          |  |                                                                                                         |                                                                                                                                                          |   |   |             |  |       |  |  |  |  |  |
| ※被保険者名義の口座を必ずご記入ください                                     |                             |  |    |                                                                                                                      |                |          |      |            |          |                          |  |                                                                                                         |                                                                                                                                                          |   |   |             |  |       |  |  |  |  |  |

受付日付印

|        |                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------|--------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 備<br>考 | 個人番号(マイナンバー) (任意)<br>(被保険者証等の記号番号を記入した場合は不要です)         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | ※マイナンバーをご記入いただいた場合は、個人番号確認、身元確認のため、以下の2種類の書類を添付してください。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | ①個人番号通知カード又は個人番号記載の住民票の写し<br>②運転免許証またはパスポートの写し         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |