

# 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 (右つめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>		
	氏名 (フリガナ)	-----					<input type="checkbox"/> 平成
	住所	(〒      -      )	都 道		府 県		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	(      )					
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )							

振込先指定口座(日本にある口座)	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 (      )	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1.普通 <input type="checkbox"/> 3.別段 <input type="checkbox"/> 2.当座 <input type="checkbox"/> 4.通知	口座番号 <input type="text"/>
	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

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。	令和      年      月      日
	氏名	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)	住所	(〒      -      ) TEL (      )
		氏名	(フリガナ) -----
			委任者と代理人との関係

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

受付日付印

ご記入頂いた個人情報は、当組合が健康保険法及び関係通達等に則り正しく又公平に事業運営を行うために収集するものです。これ以外の目的で個人情報を利用又は第三者提供を行うことはありません。また記入内容についてお尋ねしたり、必要に応じて別途証書類を提出していただくことがあります。この個人情報のお取り扱いについてのお問い合わせや開示請求等は、ポッシュ健康保険組合 総務課(電話 0493-22-0890)までご連絡ください。  
※個人情報の取り扱いについてはホームページ「個人情報保護方針」もご覧ください。

# 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

被保険者氏名

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 傷病名	3 発病または負傷年月日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
	4 発病の原因および経過(詳しく)			
	5 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	診療した医師等の氏名
	国名			
		名称	所在地	診療した医師等の氏名
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日	から	年 月 日 まで 日数 日
	6 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間	(令和) 年 月 日	から	年 月 日 まで 日数 日
7 療養に要した費用の額	_____ ( )通貨単位を記入してください。(例: アメリカドル)			
8 診療の内容				
9 受診者の情報	受診者は、現在、日本に帰国予定はありますか。または帰国されましたか。 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ ↓ 海外在住の理由 [ ] ・渡航期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) ・渡航目的 海外滞在の理由 [ ]			

この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。(  にチェックをお願いいたします  )

- ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
- ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。