

健康保険 海外療養費支給申請書

被保険者の記号・番号	記号 ●●	番号 ××××			
被保険者氏名	健保 太郎 印				
被保険者生年月日	●●年 ●●月 ●●日				
被保険者住所及び電話番号	〒 123 - 4567 東京都○○区○○町1-2-3 △△マンション456号室 TEL 03 (7890) 1234				
事業所名称	○○○株式会社				
受診者氏名	健保 太郎	続柄 本人			
受診者生年月日	●●年 ●●月 ●●日				
療養費の種類	海外療養費				
傷病名及び傷病の経過	インフルエンザ				
発病の原因及び発病年月日	高熱のため、急きょ旅行先の病院で受診した。 ●●年 ●●月 ●●日				
診療を受けた国名及び支払通貨名	国名) アメリカ合衆国	通貨名) アメリカ合衆国ドル			
診療又は手当の期間	●●年 ●●月 ●●日 ~ ●●年 ●●月 ●●日まで ●●日間				
振込希望金融機関 (カナで記入して下さい)	金融機関名	支店名	種別	口座番号	口座名義
	●● 銀行 信金 信組 農協	●● 支店	1 普通 2 当座	1 2 3 4 5 6 7	ケンポタロウ