

被保険者情報	被保険者証の記号番号	記号	番号	所属事業所及び部署名	電話(内線)
	氏名	フリガナ		生年月日	昭和 平成 年 月 日
	申請者住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒			電話 ()
	社員番号			メールアドレス	

申請内容	受診者(該当に○)	本人(被保険者)・家族(被扶養者)		受診者氏名	
	傷病名			受診者の生年月日	昭和 平成 年 月 日
	発病の原因および経過				
	診療を受けた医療機関名称			診療を受けた医療機関住所	
	診療を受けた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日	左記の期間に入院をしていた場合はその期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日
	療養に要した費用			診療の内容	
	渡航期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日	渡航目的	
	交通事故等第三者が原因ですか	いいえ ・ はい		業務上、通勤途上によるものですか	いいえ ・ はい

※受領委任する場合は、委任状欄に記入してください。

委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。		
	日付	令和 年 月 日	
	被保険者(申請者)	氏名	
	代理人(実際に給付を受領する者)	氏名	

振込先情報	金融機関コード	支店コード		
	金融機関名称	銀行 信用金庫		本店 支店
	預金種別	普通 口座番号	その他 ()	口座名義(カタカナ)

【添付書類】

- 診療内容明細書
- 領収明細書
- 現地で支払った領収書の原本
- 各添付書類の翻訳文
- 海外渡航期間がわかる書類(パスポート等)の写し
- 海外の医療機関等に照会することの同意書

備考	個人番号(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要)	
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点	

受付日付印