

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	〇〇〇株式会社 〇〇支店 電話(内線) 03-1234-5678 (999)
	氏名	フリガナ ケンポ タロウ	健保 太郎	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)	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室			
	社員番号	1234567		メールアドレス	〇〇△△@〇〇〇.ne.jp

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	健保 太郎
	傷病名	インフルエンザ	受診者の生年月日	昭和 平成 令和 ●●年●●月●●日
	発病の原因および経過	高熱のため、急ぎで旅行先の病院で受診した。		
	診療を受けた医療機関名称	〇〇クリニック	診療を受けた医療機関住所	Washington D.C. U.S.A
	診療を受けた期間	令和●●年●●月●●日から●●日 令和●●年●●月●●日まで	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●●日 令和●●年●●月●●日まで
	療養に要した費用	200米ドル	診療の内容	診察および投薬を受けた
	渡航期間	令和●●年●●月●●日から●●日 令和●●年●●月●●日まで	渡航目的	海外旅行のため
	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

届出が必要です。

※受領委任する場合は

被保険者以外の口座への給付を希望する場合は委任状欄をご記入ください。
基本的に被保険者(従業員)の口座への給付となります。

委任状	本申請に基づく給付	
	被保険者(申請者)の口座	
	代理人(実際に給付)	

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 当座 ()	口座番号	1234567	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