

健保記入欄	資格取得日	昭・平・令 年 月 日	資格喪失日	令和 年 月 日	年 月 診療分	標準報酬月額	千円	受付整理No.
						給付割合	割	
	決済年月日	令和 年 月 日	支給予定日	令和 年 月 日	本人 家族(一般・6未) 高齢(一般・上位)	支給額	円	受付年月日
	令和 年 月 日	令和 年 月 日						
	常務理事	事務長	係員	係員	入院時食事	円		
					高額療養費	円		
				付加給付金	円			
				医科(入院・外来) 歯科(入院・外来) 調剤				

被保険者 家族 健康保険 療養費支給申請書 【海外療養費】

被 保 険 者 （ 本 人 ） が 記 入 す る と こ ろ	記入上の注意	「受診月」「受診者」「医療機関(入院・外来)」ごとに、1枚の用紙にご記入ください。									
	健康保険証の 記号・番号	—			会社箇所名	—					
	被保険者氏名	(フリガナ)			生年月日	昭和 ・ 平成	年	月	日		
	申請対象者氏名 対象者が被扶養者の場合	(フリガナ)			生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄	
	診療を受けた 国名、医療機関等	国名		名称							
		所在地									
	診療区分	入院・外来・調剤			診療の期間	自： 年 月 日	至： 年 月 日	日間			
	傷病名							「業務中」や「他人による行為」 によるものですか？ はい・いいえ			
	発病(負傷) の原因、経緯	いつ	年	月	日	時頃	原因、経緯				
	診療の内容										
	療養に要した 費用の額					通貨の単位 例：シンガポールドル					
	被保険者名義 振込先口座	銀行	支店	普通 当座	口座番号：	カタカナ 口座名義：					
		ゆうちょ銀行をご希望の場合は、 通帳右上記載の記号と番号もご記入ください				記号：	番号：				
被 保 険 者 署 名 欄	近畿日本ツーリスト健康保険組合理事長殿 上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 令和 年 月 日 円 — 連絡先(携帯) 03 — — 住 所 被保険者の署名										

※ 被保険者証の記号番号を記入した方は、記入不要

被保険者のマイナンバー記入欄 →

記号番号に代え、マイナンバーを記入し申請する場合は、「個人番号確認」「本人確認」をするための添付書類が必要になります。