健康保険 [✓ 被保険者]・被扶養者 療養費支給申請書【海外療養費】

被保険者（申請者）	健康保険の記号番号	記号 1	番号 123456	生年月日	[✓ 昭]・平・令 55 年 11 月 22 日
	氏名（自署）	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎			
	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 電話 090 （ 1234 ） 〇〇〇〇			

申請内容	受診者（該当に〇）	[✓ 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 55 年 11 月 22 日
	発病の原因および経過	高熱のため急きょ旅行先の病院で受診した		
	診療を受けた医療機関名称	ABC総合病院	診療を受けた医療機関住所	12345 ABC St, Boston
	診療を受けた期間	令和 6 年 4 月 5 日から 令和 6 年 4 月 5 日まで 1 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	200 USD	診療の内容	診察および投薬を受けた
	渡航期間	令和 3 年 4 月 3 日から 令和 3 年 4 月 8 日まで 6 日	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	第三者が原因の場合はその状況	

※被保険者（申請者）名義の口座について、いずれかご記入ください。

振込口座	□ マイナポータル等で事前登録した公 は下記に記入）				
	金融機関名称		本店 支店	支店番号	
	預金種別	普通 ・ 当		口座名義（カタカナ）	

被保険者口座を記入

備考	個人番号 （健康保険の記号番号が不明な場合のみ記入）	
	※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個人番号カード（両面）の写し ②運転免許証やパスポートの写し、および個人番号記載の住民票原本（①が提出できない方のみ）	
添付書類	■医科を受診するとき 1. 診療内容明細書（様式A） 2. 領収明細書（様式B） 3. 領収書（原本） 4. 各添付書類の和訳文 5. 海外療養費に関わる同意書 6. 渡航記録（出国・帰国）が確認できる書類の写し（パスポート等） ■歯科を受診するとき 1. 診療内容明細書（歯科） 2. 領収書（原本） 3. 各添付書類の和訳文 4. 海外療養費に関わる同意書 5. 渡航記録（出国・帰国）が確認できる書類の写し（パスポート等）	

受付日付印

C&Rグループ健康保険組合