

裏面に必要書類や記入の注意事項を記載しておりますので
必ずお読みになってからご申請ください。

常務理事	事務長	担当者	担当者

☒ 被 保 険 者 ☐ 家 族	海 外 療 養 費 支 給 申 請 書
---	---------------------

被 保 険 者 の 記 入 す る 欄	被 保 険 者 証 等 の 記 号 と 番 号	記 号 〇〇〇											
		番 号 〇〇〇											
	診 療 を 受 け た 者 の 氏 名	健保 太郎		診 療 を 受 け た 者 の 生 年 月 日	昭和 平成 令和	〇	年	〇	月	〇	日	続 柄	本人
	傷 病 名	急性胃腸炎		発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	平成 令和	〇	年	〇	月	〇	日		
	発 病 又 は 負 傷 の 原 因	風邪が悪化した		傷 病 の 経 過	薬を飲み症状は落ち着いた								
	保 険 医 に か か れ な か っ た 理 由 又 は 保 険 に よ る 診 察 を 受 け ら れ な か っ た 理 由	現地駐在のため保険証を使用できず全額自費となった 例)日本国外において診療を受けたものであるため											
	診 療 又 は 手 当 て を 受 け た 医 療 機 関 の 住 所 名 称 並 び に 医 師 の 氏 名	〇〇州〇〇〇			装 具 装 着 の 時 は そ の 製 作 者 の 名 称 ・ 所 在 地 及 び 代 表 者								
	診 療 又 は 手 当 て の 内 容	血液検査・投薬			診 療 又 は 手 当 て に 要 し た 費 用 の 額	通貨単位 (	USD/IL		)				\$〇〇〇
	診 療 又 は 手 当 て の 期 間 (一般診療時のみ記入)	〇 年 〇 月 〇 日 から 〇 年 〇 月 〇 日 まで			2		日間						
	装 具 装 着 日 (装具の場合のみ記入)	年 月 日 から装着											
傷 病 が 第 三 者 の 行 為 に よ る も の で あ る と き は	届 出 の 事 実 の 有 無	有 ・ 無	第 三 者 の 住 所 及 び 氏 名	住 所 氏 名									
上記のとおり、海外療養費を申請します。 被保険者氏名 健保 太郎 パルグループ健康保険組合 殿													

☐	マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(被保険者口座のみ) (利用する場合はチェックを入れてください。 利用しない場合は下記の欄を記入してくだ さい。)※口座情報の反映には登録から数日を要します。	公金受取口座を登録してい ない場合はチェックしない でください
--------------------------	---	---------------------------------------

※口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は、下記の「受取代理人に欄」に記入が必要です。

金 振 込 機 関 先	〇〇〇	銀行 金庫・信組 農協・漁協	〇〇〇	本店 支店	普通 当座	支店番号	〇	〇	〇	口座番号	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
口座名義人	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎																

委 任 状	私は_____を代理人として健康保険組合より支給される海外療養費の受領に関する権限を委任いたします。 _____年 月 日 被保険者氏名 _____																
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(注) *一般診療の請求の時には本紙に診療又は手当等に要した費用の額の証拠書類(レセプトまたは領収明細書等と支払領収書)と
診療内容明細書(医科受診分)か(歯科受診分)を添付してください。また、調査に関する同意書も必要です。

_____年 月 日 提出
受付日付印