

被保險者
家族

療養費支給申請書【海外療養費】

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。

健康保険証等の
記号・番号

1-12345

事業所名

(株)NSD

被保険者(申請者)
の氏名

(フリガナ)ケンボ タロウ

健保 太郎

被保険者の
生年月日

昭和
平成
52年 3月 3日

被保険者(申請者)
の住所

郵便番号

(フリガナ)トウキョウトシンジユククニシシンジユク
163-0023東京都新宿区西新宿1-2-3

申請対象者氏名
対象者が被扶養者の場合

(フリガナ)ケンボ ハナコ

健保 花子

被扶養者の
生年月日

昭和
平成
令和
52年 4月 1日続柄妻

診療を受けた
国名、医療機関等

国名中国名称××病院
診療した
医師の氏名×× ××

所在地北京市東城区×××

診療区分

入院・外来・調剤

診療の期間

(和暦)
自：令和 7年 2月 25日
至：令和 7年 2月 25日
1日間

傷病名

胃腸炎

「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(和暦)
令和 7年 2月 25日 11時頃

原因、経緯
旅行中に腹痛

診療の内容

診療と検査

療養に要した
費用の額

1,000

通貨の単位
例：元・アメリカドル等

元

振込を希望する
金融機関

※被保険者又は
受領を委任する
代理人の口座に
限ります

事業所届け出済み口座(経費口座)へ振込希望の場合は☑をしてください。⇒
別の口座へ振り込み希望の場合のみ、以下記入してください。

金融機関名称

(フリガナ)

銀行・信用・金庫
信用組合・農協

本店
支店

普通預金

口座番号

口座名義

(フリガナ)

代理人に受領を
委任する時は
記入してください

この給付金の受領を
住所 _____
氏名 _____ に委任します。
被保険者氏名 ㊞

被保険者の
マイナンバー

※被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です。

受付年月日