

【記入見本】青字の箇所をご記入ください。

海外用		健康保険	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者	療養費支給申請書		必ず押印してください。	
日中必ず連絡のつくところをご記入ください。		記号	わからぬときは、社員番号を記入してください。	タナカ タロウ) ③ 田中	
被保険者 必ず記入してください がい 記入 する る と こ る	①被保険者証の記号番号	100	及び生年月日	田中 太郎		印	
	番号	12345	昭和 平成 50年 11月 11日生				
	④連絡先(電話番号)	0120	(自宅) 06 - 1111 - 2222 (携帯) 090 - 3333 - 5555				
	⑤請求が被扶養者に関するものであるときはその氏名及び生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生		⑥傷病名	急性虫垂炎		
	⑦発病又は負傷の年月日	平成・令和 1年 6月 3日	⑧発病又は負傷の原因	不詳	負傷の原因は第三者行為によるものですか	□ はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
	⑨診療を受けた医療機関	名称 ホノルル病院			⑩入院外・入院の別	□ 入院外 <input checked="" type="checkbox"/> 入院	
	所在地	10 Kapiolani, Honolulu, Hawaii 300					
	⑪診療又は手当の期間	自 1年 6月 3日 至 1年 6月 7日	5 日間	⑫受けた療養に対し病院等で支払った額(現地支払額及び国名)	現地支払額	US\$1,180	
	⑬給付金の支払いについて		⑭アストラゼネカ株式会社 代表取締役堀井 貴文を代理人と定め、この請求に基づく給付金の受領を委任します。		田中 太郎		
	在職する	被保険者の氏名及び印					印
	退職者(任意継続被保険者)	⑮在職中の方のご請求の場合は、記入不要です。	銀行	金融機関コード	預金種目	□ 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他 ()	
		(フリガナ)	信用金庫		口座番号		
		本店	支店コード	名義	(フリガナ)		
		支店					
		⑯委任状	この請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。				
			被保険者(請求者)の氏名及び印				
		代理人の	住所	印			
		氏名		印			

※この申請書に添えなければならない書類

1. 診療内容明細書(様式A)、領収明細書(様式B)又は領収明細書(歯科)。
2. 上の明細書等が外国語で作成されている場合は、日本語の翻訳文。
(翻訳者の氏名住所を記載したもの)

[受付印]

※記入上の注意

1. 後期高齢者医療を受けられた人は、住所地の市町村でこの給付を受けてください。
2. 印ははっきり押し、印もれのないようにしてください。なお、訂正したときは③と同じ印を訂正印として押してください。(印鑑は認印可。スタンプ印・日付印は不可。)
3. ⑭には③と同じ印を押印してください。
4. 退職者(任意継続被保険者)で、被保険者(請求者)本人名義以外の口座に振込みを希望するときは、⑯により代理人に給付金の受領委任をしてください。そのときは⑯に③に押した印と同じ印を押してください。
5. ⑧、⑩、⑬及び⑯の□には、該当する事項に✓を入れてください。