

【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 <input type="checkbox"/> 家族		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	100	わからないときは、社員番号を記入してください。		氏名	タナカ タロウ	③	田中太郎
被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	① 被保険者証の記号番号	番号	12345	昭和・平成・令和 年 月 日生		昭和	平成	50	年 11 月 11 日生
	④ 連絡先(電話番号)	(内線)	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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	⑫ 受けた療養に対し現地で支払った額	US \$ 1,180_		国名	アメリカ合衆国	
			日間	(現地支払額及び国名)					
	⑬ 給付金の支払いについて	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者は在職中である。⇒ 給与振込口座に支払います。⑭へ <input type="checkbox"/> 被保険者は退職者である。又は、任意継続被保険者である。⇒ 請求者の名義又は受領委任した代の金融機関口座に支払います。⑮へ							
	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。	被保険者の氏名及び印 田中 太郎							
	⑮ 振込希望金融機関名	銀行	信用金庫	金融機関コード	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他 ()			
		(フリガナ)	本店	支店コード	口座番号	(フリガナ)			
	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		田中太郎					
		住所		代理人の氏名					

※この申請書に添えなければならない書類

- 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)。
- 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

- 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。
- 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。)
- ⑭には③と同じ印を押印してください。
- 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。
- ⑧、⑩、⑬及び⑮の口には、該当する事項に✓を入れてください。