

被保険者
健康保険 療養費（付加金）支給申請書
被扶養者（海外療養費）

*被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合、備考欄に個人番号を記載してください。
(その場合、個人番号を確認する添付書類必要、被保険者証の記号番号は記載不要)

| | | |
|---|-------------------------------------|---|
| 右枠内の①・②を確認の上、確認欄口に レ点(チェック)を記入してください | 確認欄 (チェック) | この申請については、①又は②の要件を満たしたものである。 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 |

| | | | | | | |
|---|-------------------------------|---|--|--|---|----------|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る 欄 | 被保険者証の記号番号 | 記号 ××× | 番号 ××××× | フリガナ ケンポ タロウ | 被保険者氏名 健保 太郎 | |
| | 事業所名 (所属部署) | 日本たばこ産業(株)○○○部 | | | 被保険者との続柄 本人 | |
| | フリガナ 診療を受けた者の氏名 | ケンポ タロウ 健保 太郎 | | | 業務上・通勤途上 によるものですか <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい | |
| | 傷病名 | 歯痛 | | | 第三者の行為に よるものですか <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい | |
| | 発病または負傷 の原因その経過 | 歯が痛いので、病院に受診したら虫歯になっていて、治療が必要となった。 | | | | |
| | 発病または 負傷年月日 | ××年 11月 5日 | | 初診年月日 | ××年 11月 5日 | |
| | 診療期間 | 自 | ××年 11月 5日 | | 診療実日数 | 3 日 |
| | | 至 | ××年 11月 8日 | | 診療に要した 費用の額 | UK £ 100 |
| | 診療内容 | ・医科 ・調剤 <input checked="" type="radio"/> 歯科 ・その他 | ・入院 <input checked="" type="radio"/> 外来 ・その他 | | 診療を受けた 国名 | イギリス |
| | | | 住所 名称 △△△△△△△△ ○○○○○ | | | |
| | 医療機関および薬局の住所および名称 | | | | | |
| | 被保険者証を使用しなかった理由 | 1. 海外勤務の為 2. 旅行中 3. その他 | | | | |
| | 個人番号が記載された申請書を 事業主経由で提出する方 | <input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。 (*委任する方は口にし点を付けてください。) | | | | |
| | 在職者の方 | 本請求に基づく給付金の受領を事業主(代理人)に委任します。 ××年 12月 25日 被保険者氏名 健保 太郎 | | | | |
| | 退職後の方 | 銀行 金庫 信用組合 | 支店 出張所 支所 | 口座番号 <input type="checkbox"/> 座名義(カタカナ) | 普通・当座 | |
| *被保険者名義以外の口座に振込を希望する場合、本請求に基づく給付金の受領を 代理人に委任します。 年 月 日 被保険者氏名 代理人の住所 電話番号 () 氏名 | | | | | | |
| 上記のとおり申請します。 ××年 12月 25日 住所 ○○○○○○ ジェイティ健康保険組合 理事長 殿 被保険者 (申請者) 電話番号 ×××(×××)0000 氏名 健保 太郎 | | | | | | |

☆被保険者証の記号番号
を選択した場合は、今ま
でと同様の手続きで可能
となります。
(注)個人番号および本人
の確認をするための添
付書類は不要です。

※個人番号が記載さ
れた申請書を事業主
経由で提出する方は、
にし点にご記入下
さい。

在職者の方は、給付
金を事業主経由で支
払いますので、受取
代理人の欄にご記入
下さい。

退職後(退職予定)の
方は、給付金の振込
先金融機関をご記入
下さい。
なお、被保険者名義
以外の口座に振込を
希望する場合には、
委任欄のご記入が必
要となります。

備考欄

(注)個人番号を記載した場合は、個人番号および本人の確認を
するための添付書類が必要です。

※被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する方は、個人番号(12ケタ)をご記
入下さい。

(注)個人番号および本人の確認をするための添付書類が必要です。

支払日付印

健保受付日付印