

被保険者 家族 海外療養費 支給申請書 (歯科) 1/2

被保険者 (申請者) 情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者 (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	年	日
	氏名 (自署)	(フリガナ)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 平成	月	日
	住所	(〒 -)		<input type="checkbox"/> 令和		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	<input type="checkbox"/> 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します (委任する場合は☑)	令和 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	(〒 -) TEL ()	委任者と代理人との関係
	住所 (フリガナ)		事業主
	氏名		

注) 任意継続、資格喪失の方のみ、下記振込先指定口座欄に記入

振込先指定口座	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 その他 ()	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所																			
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 4. 通知	口座番号 <input type="text"/> 左づめで記入 (7桁)																			
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けて記入、濁点(゜)、半濁点(゜)は1字として記入ください) <table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

「記入用紙」は2ページに続きます。>>>

以下の書類を添付してください(必須書類)

- 診療内容明細書(様式A・様式Aの邦訳)※邦訳は申請者記入可
- 領収明細書(様式C)
- 同意書 ※具体的な診療内容について診療等を受けた医療機関に照会する必要があるため同意書を添付ください
- 領収書(原本)
- 私的な渡航中の療養費を申請する場合、パスポートの顔写真ページおよび入出国日が分かるページの写しを添付する(海外赴任者は不要)

・被保険者の記号番号を記入した場合は不要です
 ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

被保険者 海外療養費 支給申請書（歯科） 2/2
家 族

被保険者氏名

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名 <input type="text"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 傷病名	3 発病または負傷年月日 令和 年 月 日
	4 発病の原因および経過（詳しく）	<input type="checkbox"/> 1. 病気 <input type="checkbox"/> 2. ケガ (原因および経過)
	5 診療を受けた医療機関等の	名称 <input type="text"/> 所在地 <input type="text"/> 診療した医師等の氏名 <input type="text"/>
	国名 <input type="text"/>	名称 <input type="text"/> 所在地 <input type="text"/> 診療した医師等の氏名 <input type="text"/>
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日 から 年 月 日 まで 日数 <input type="text"/> 日
	6 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間	(令和) 年 月 日 から 年 月 日 まで 日数 <input type="text"/> 日
	7 療養に要した費用の額	<input type="text"/> (<input type="text"/>)通貨単位を記入してください。(例：アメリカドル)
8 診療の内容		
9 受診者の情報	受診者は、現在、日本に帰国予定はありますか。または帰国されましたか。 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ ↓ 海外在住の理由 <input type="checkbox"/> 海外赴任(家族帯同含む)のため [その他の理由] ・渡航期間 (年 月 日 ~ 年 月 日) ・渡航目的 海外滞在の理由 ※治療目的での渡航の場合は海外療養費の申請はできません [<input type="checkbox"/> 出張中のため <input type="checkbox"/> その他 :]	

以上のとおり申請します。 令和 年 月 日提出