健保記入欄	資格取得日	資格喪失日	年　月診療分	標準報酬月額	千円	受付整理No.	
	昭・平・令　年　月　日	令和　年　月　日		給付割合	割		
	決済年月日	支給予定日	本人 家族（ 一般 ・ 6未 ） 高齢（ 一般 ・ 上位 ）	支給額	円	受付年月日	
	令和　年　月　日	令和　年　月　日					
	常務理事 / 事務長	係員 / 係員		内訳がある場合	療養費	円	
			医科（ 入院 ・ 外来 ） 歯科（ 入院 ・ 外来 ） 調剤		入院時食事	円	
					高額療養費	円	
					付加給付金	円	

被保険者
家　族　　健康保険 **療養費支給申請書**　【海外療養費】

被保険者（本人）が記入するところ							
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	―			会社箇所名 勤務先電話	―　―		
被保険者氏名	（フリガナ）			生年月日	昭和・平成　年　月　日		
申請対象者氏名 対象者が被扶養者の場合	（フリガナ）			生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日	続柄	
診療を受けた国名、医療機関等	国名		名称				
	所在地						
診療区分	入院 ・ 外来 ・ 調剤		診療の期間	自：　年　月　日 至：　年　月　日		日間	
傷病名				「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　年　月　日　時頃		原因、経緯				
診療の内容							
療養に要した費用の額				通貨の単位 例：シンガポールドル			
被保険者 名義、振込先口座	銀行　支店			普通 当座	口座番号：　カタカナ 口座名義：		
	ゆうちょ銀行をご希望の場合は、通帳右上記載の記号と番号もご記入ください			記号：　番号：			
被保険者署名欄	近畿日本ツーリスト健康保険組合理事長殿 上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 令和　年　月　日　〒　―　連絡先（携帯）TEL　―　― 住　所 被保険者の署名						

※ 被保険者証等の記号番号を記入した方は、記入不要
被保険者のマイナンバー記入欄　→

記号番号に代え、マイナンバーを記入し申請する場合は、「個人番号確認」「本人確認」をするための添付書類が必要になります。