

|        |                            |          |    |            |                |
|--------|----------------------------|----------|----|------------|----------------|
| 被保険者情報 | 被保険者証の記号番号                 | 記号       | 番号 | 所属事業所及び部署名 | 電話(内線)         |
|        | 氏名                         | フリガナ     |    | 生年月日       | 昭和<br>平成 年 月 日 |
|        | 申請者住所<br>電話番号等<br>(日中の連絡先) | 〒 電話 ( ) |    |            |                |
|        | 社員番号                       |          |    | メールアドレス    |                |

|                |              |                          |                      |                      |                          |
|----------------|--------------|--------------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|
| 申請内容           | 受診者(該当に○)    | 本人(被保険者)・家族(被扶養者)        |                      | 受診者氏名                |                          |
|                | 傷病名          |                          |                      | 受診者の生年月日             | 昭和<br>平成<br>令和 年 月 日     |
|                | 発病の原因および経過   |                          |                      |                      |                          |
|                | 診療を受けた医療機関名称 |                          |                      | 診療を受けた医療機関住所         |                          |
|                | 診療を受けた期間     | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで | 日                    | 左記の期間に入院をしていた場合はその期間 | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで |
|                | 療養に要した費用     |                          |                      | 診療の内容                |                          |
|                | 渡航期間         | 令和 年 月 日から<br>令和 年 月 日まで | 日                    | 渡航目的                 |                          |
| 交通事故等第三者が原因ですか | いいえ ・ はい     |                          | 業務上、通勤途上によるものですか     | いいえ ・ はい             |                          |
|                |              |                          | ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。 |                      | ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。     |

※在職者は、委任状欄に記入してください。

|                  |   |          |                     |  |
|------------------|---|----------|---------------------|--|
| 委任状              | <input type="checkbox"/> ①本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。   |          | ←該当するものにチェック☑して下さい。 |  |
|                  | <input type="checkbox"/> ②本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 |          |                     |  |
|                  | 日付  | 令和 年 月 日 |                     |  |
|                  | 被保険者(申請者)   | 氏名       |                     |  |
| 代理人(実際に給付を受領する者) | 氏名  |          |                     |  |

※任継・退職者は、振込先情報を記入してください。

|       |         |            |            |       |                |
|-------|---------|------------|------------|-------|----------------|
| 振込先情報 | 金融機関コード |            |            | 支店コード |                |
|       | 金融機関名称  | 銀行<br>信用金庫 |            |       | 本店<br>支店       |
|       | 預金種別    | 普通<br>当座   | その他<br>( ) | 口座番号  | 口座名義<br>(カタカナ) |

## 【添付書類】

- 診療内容明細書
- 領収明細書
- 現地で支払った領収書の原本
- 各添付書類の翻訳文
- 海外渡航期間がわかる書類(パスポート等)の写し
- 海外の医療機関等に照会することの同意書

|    |  |  |
|----|--|--|
| 備考 | 個人番号(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要)   |  |
|    | ※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。<br>①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点<br>・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点 |  |

受付日付印