

被保険者等	(記号) 000 (番号) 1234567	(記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください)				
被保険者氏名	健保 太郎	生年月日	1. 昭和 2 平成 6 年 1 月 5 日			
		事業所名称	ABC 商事株式会社			
申請が被扶養者に関するとき	(被扶養者氏名) 健保 花子 (続柄) 妻	生年月日	1. 昭和 2 平成 3. 令和 7 年 2 月 11 日			
		扶養認定日	1. 昭和 2 平成 3. 令和 2 年 4 月 1 日			
傷病名と発病または負傷の原因及び経過	傷病名	左足首捻挫	発病または負傷の年月日	令和 5 年 1 月 2 日		
	原因	(どこで、何をしていた時に、どうなったか等具体的に記入してください) 旅行中、階段を踏み外してしまい、左足を痛めた。		通勤(帰宅)途中・業務中・休日・他		
診療を受けた医療機関	名称	□□MEDICAL CLINIC	国名	アメリカ	第三者(他人)によるものですか	いいえ・はい
診療期間	令和 5 年 1 月 3 日 から 令和 5 年 1 月 3 日 のうち (1 日間)					
照会に関する同意	療養を受けた海外の医療機関等にパレット健康保険組合が文章等により申請内容を照会することに同意します。		被保険者氏名(自署)	健保 太郎		

上記のとおり申請します。

令和 5 年 2 月 1 日

パレット健康保険組合 理事長殿

住所 〒 000-3333

東京都豊島区南池袋1丁目10-13 □△マンション123

電話番号(日中の連絡先)

080(0000)1111

被保険者氏名(申請者)

健保 太郎

※在籍者の方は会社を通じての支給となりますので、委任状欄に記入してください。

委任状

本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。

令和 5 年 2 月 3 日

被保険者氏名(申請者)

健保 太郎

受領代理人氏名

事業主記入

(会社が受領代理人として届出ている人を記入)

事業主の証明欄

海外療養費の支給申請に係る診療期間において、被保険者(家族)は海外勤務等の期間中であり、療養を受けた国または地域に渡航していたことを証明いたします。

所在地

事業所名称

代表者氏名

海外赴任中の場合、事業主が記入

※退職者の方のみ振込口座を指定してください。(任意継続被保険者の方は登録口座へお振込みいたしますので、記載は不要です。)

退職者記入欄	□マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑。利用しない場合は下記の欄を記入。) ※口座情報の反映には日数を要します。							
	金融機関コード	支店コード	フリガナ	金融機関名	銀行信用金庫	支店名	本店支店	口座名義
	預金種別	普通・当座	口座番号					

●申請書は1名ごと、各月ごと、入院、外来ごとに必要です。

添付書類	海外の病院で支払った領収書(原本)
	医科の場合は「海外(医科)添付用」(様式A、様式B)
	歯科の場合は「海外(歯科)添付用」(様式C)
	滞在期間が確認できるパスポート等の写し(旅行者)

受付日付印

(注)海外療養費は、日本国内の健康保険での治療費を基準に換算して支給されます。

現地で実際に支払った額と療養費の支給額が大きく異なる場合があります。

(2024.12.2)

健保記入欄	資格取得日	昭和・平成・令和 年 月 日	資格喪失日	令和 年 月 日	
	レ - ト	令和 年 月 日	査定額	円	受付No.
		円	一部負担金	円	支給決定額
	実 費	円	付加給付	円	円