記入例

康保険 被保険者 家族 海外療養費支給申請書

被保険者(申請者)記入用

注意 ●各月毎、入院・入院外毎に、この様式１枚が必要 ●消えない黒のボールペン等で記入
●該当する□に✔を記入 ●訂正の場合は二重線および押印必要 ●記入漏れがある場合、支給が遅れる場合あり

被保険者（申請者）情報

被保険者等記号番号	記号	１２＊＊	番号	＊＊＊＊＊＊	従業員番号 ※事業主から指示があった場合のみ記入
事業所	会社名称	○○○○㈱	所属部署	○○工場　○○部	
氏名	（フリガナ）	ケンコウ　タロウ	確認欄	この届出については以下①又は②の要件を満たしたものである	
		健 康　太 郎	✔	①申請者本人（被保険者）が作成したものである ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している	
生年月日	□昭和 ✔平成 1 年 10 月 10 日		電話番号（日中の連絡先）	080 （ ＊＊＊＊ ） ＊＊＊＊	
住所	（〒 ＊＊ － ＊＊＊＊ ） 東京 都 道 府 県		日野市○○町１－１　△△マンション１０１		

申請内容

1 受診者	✔被保険者 □家族（被扶養者）	
家族の場合はその方の氏名		生年月日 □昭和 □平成 □令和 年 月 日
2 傷病名	高血圧	３発病または負傷年月日 □平成 □令和 年 月 日
4 発病の原因および経過	✔病気 ➡ 発病時の原因	血圧最高２００－最低１００ 継続治療中
	□ケガ ➡「負傷原因届」を併せて提出	

5 診療を受けた医療機関等の国名	名称	所在地	診療した医師等の氏名
タイ	Hanko International Hospital	10 Sukhumvit 100 Alley, Khwaeng Khlong Tan Nuea, Khet Watthana, Krung Thep Maha Nakhon	健康　花子

6 診療種類	✔入院外 □入院	
7 診療を受けた期間	初診日 □平成 ✔令和 6 年 10 月 2 日	診療年月 □平成 ✔令和 6 年 10 月　診療日数 1 日間
	診療日に○	1 (2) 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
8 療養に要した費用の額	4,400 （ THB ） 通貨単位を記入（例：ＵＳＤ）	
9 診療の内容	血圧測定、症状聞き上げ、投薬指示　院外にて医師の処方に基づき薬購入	
１０ 診療日時点の渡航目的・渡航期間	１.渡航目的 ✔海外出向（家族帯同含む） □海外出張 □旅行 □その他（ ）	
	２.渡航期間 （ □平成 ✔令和 6 年 4 月 1 日～ □平成 □令和 年 月 日）	
	※２の期間が確認できるパスポートの写しを添付	

受取方法

✔	1	保険証の記号が以下事業所の方 1211、1213、1217、1230、1234、1236、1240 ➡本申請に基づく給付金に関する受領を事業主へ委任※1 （事業主経由で支給）
□	2	被保険証の記号1219の任意継続の方 ➡ 登録口座へ振込み
□	3	1、2以外の方 ➡ 指定口座（被保険者名義）に振込み 3.を選択した場合、右記a.bどちらか記入

指定口座

□ a.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
注）口座情報の反映には登録から数日を要します

□ b.以下指定口座への振込を希望します

金融機関名称	銀行　金庫　信組　農協　漁協　その他（　） 支店コード（　）	本店　支店　本所　支所　出張所
預金種別	□普通 □当座	口座番号
口座名義	▼カタカナ（姓と名の間は1マス開けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は1字として記入）	

※「受取方法」の1に該当する方は、原則事業主へ委任払いとしておりますが、やむを得ない事情があり個人口座への振込みを希望する場合は指定口座記入

マイナンバーでの申請を希望する場合は日野健保までご連絡ください。

受付日付印	支払日付印

R6.11改訂

日野自動車健康保険組合