

| | | | |
|--|---|------------------------|---|
| 被保険者証 | (記号) _____ (番号) _____ | 事業所の名称 | |
| 被保険者の氏名 | | 生年月日 | 1. 昭和 2. 平成 _____ 年 月 日 |
| 申請が被扶養者に関するとき | (被扶養者の氏名) _____ (続柄) | 生年月日 | 1. 昭和 2. 平成 3. 令和 _____ 年 月 日 |
| | | 扶養認定日 | 1. 昭和 2. 平成 3. 令和 _____ 年 月 日 |
| 傷病名と発病または負傷の原因及び経過 | 傷病名 | 発病または負傷の年月日 | 令和 _____ 年 月 日 |
| | 原因 | | (どこで、何をしている時に、どうなったか等具体的に記入してください) 通勤(帰宅)途中・業務中・休日・他 |
| 診療を受けた医療機関 | 名称 _____ 国名 _____ | 第三者(他人)によるものですか | いいえ ・ はい |
| 診療期間 | 令和 _____ 年 月 日 から 令和 _____ 年 月 日 のうち (_____ 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) | | |
| 住所 〒 _____ | | | |
| 上記のとおり申請します。 | | | |
| 令和 _____ 年 月 日 | | 電話番号(日中の連絡先) (_____) | |
| パレット健康保険組合 理事長殿 | | 被保険者氏名(申請者) | |
| ※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。 | | 被保険者氏名(申請者) |
| | 令和 _____ 年 月 日 | | 受領代理人氏名 (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 _____ |

※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 | <input type="checkbox"/> 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。 | | | | | | |
| | 振込先 | 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) |
| | 入出国の記録が確認できる書類(旅行者) |
| | (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。 |

受付日付印

※被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。

(マイナンバーを記載した場合は、個人番号の確認、本人確認をするための添付書類が必要です)

備考欄

2023.10

【個人情報保護法への取り組みについて】

本書面および添付書類に記載された内容や本請求(申請)において知り得た個人の情報について、他の目的のために使用したり、第三者に提供することはありません。

| | | | | | | |
|-------|-------|----------------------|-------|----------------|-------|--|
| 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. | |
| | 実 費 | 円 | 一部負担金 | 円 | 支給決定額 | |
| | | 円 | 付加給付 | 円 | 円 | |

| | | | | | |
|--|--|---|--|---------------------------------------|--|
| 被保険者証 | (記号) 000 — (番号) 1234567 | 事業所の名称 | ABC株式会社 | | |
| 被保険者の氏名 | 健保 太郎 | | 生年月日 | 1. 昭和 2 平成 6年 1月 5日 | |
| 申請が被扶養者に関するとき | (被扶養者の氏名) | (続柄) | 生年月日 | 1. 昭和 2 平成 3. 令和 7年 2月 11日 | |
| | 健保 花子 | 妻 | 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 | | 令和 5年 1月 2日 | |
| | 原因 | (どこで、何をしている時に、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。 | | 発病または負傷の年月日 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。 | | 住所 〒 000-3333 東京都豊島区池袋1丁目2-3 □△マンション123 | | | |
| 令和 5年 2月 1日 | | 電話番号(日中の連絡先) 080(0000)1111 | | | |
| パレット健康保険組合 理事長殿 | | 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。 | | 被保険者氏名(申請者) 健保 太郎 | | |
| | 令和 5年 2月 2日 | | 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 | 海外赴任中の場合、事業主が記入 | | |
| | | 事業所名称 | | | |
| | | 代表者氏名 | | | |

※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 |
| 振込先 | 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) ・入出国の記録が確認できる書類(旅行者) |
| (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。 | |

受付日付印

※被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。

(マイナンバーを記載した場合は、個人番号の確認、本人確認をするための添付書類が必要です)

備考欄

2023.10

【個人情報保護法への取り組みについて】

本書面および添付書類に記載された内容や本請求(申請)において知り得た個人の情報について、他の目的のために使用したり、第三者に提供することはありません。

| | | | | | | | | | | |
|-------|-------|----------|---|------|---|-------|-------|-------|-------|---|
| 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 | | |