

被保険者（申請者）情報	被保険者等 記号・番号	記号										番号		生年月日		年		月		日		
			4	5	6				7	8			☒ 昭和 ☐ 平成	6	2		4		1	0		
	氏 名	フリガナ ケンポ タロウ ----- 健保 太郎																				
	住 所	(〒 151 - 0051) 東京 都 道 渋谷区千駄ヶ谷 2 - 3 7 - 9 府 県																				
	TEL (日中の連絡先) 03 (3404) 7344										☒		本申請書の提出を事業主へ委任します。 (委任される場合は左記確認欄へ☑をお願いします。)									

被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の「氏名」、「住所」をご記入ください。

※生年月日欄は「被保険者」の生年月日をご記入ください。

また、「委任状欄」に振込口座をご記入ください。

振込口座記入例

委任状欄	被保険者 (申請者)	欄頭に書く「被保険者」欄に関する事項を左の代理人に委任します。 氏名		令和 年 月 日
	代理人 (様印 印名(本人))	事務所所在地 事業所名称 氏名 電話番号		住所「被保険者」(申請者)欄の住所と同じ 令和 年 月 日

海外に在住のため、日本国内に住所がない場合は、勤務先の住所をご記入ください。

被保険者が申請書の提出を事業主へ委任される場合、確認欄に☑をお願いします。

※下記確認欄へ☒をお願いします。

確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。
☒	① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ② 記載内容については、誤りがないか申請者本人が確認している。

必ずご確認ください、確認欄に☑をお願いします。

委任状欄

被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	令和 5 年 7 月 1 日
	氏名 健保 太郎	住所「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ
	(〒 151 - 0051)	令和 5 年 7 月 2 日
代理人 (健保口 口座名義人)	事業所所在地 東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇 事業所名称 〇〇設計事務所 氏名 設計 大助 電話番号 03 (3404) 9545	

受取口座	公金受取口座	☐ 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 ☒ 。利用しない場合は上記委任状欄を記入。）

公金受取口座をご利用される場合は、委任状欄の記入は不要です。

「申請者記入用」は2ページに続きます>>

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者の氏名（サイン）をご記入ください。

受付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

被保険者氏名

健保 太郎

申請内容

1 受診者

1

1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）

1-①家族の場合は
その方の

氏名

生年月日

☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和

日

2 傷病名

咽頭喉頭炎

3 発病または
負傷年月日

令和 5 年 6 月 13 日

4 発病の原因および
経過（詳しく）

1

1. 病気 →

のどが痛くなり、高熱が
出たため。

2. ケガ → 負傷原因届を合わせてご提出ください。

5 診療を受けた医療
機関等の

名称

所在地

診療した医師等の氏名

国名

アメリカ

〇〇MEDICALCLINIC

2010SOUTHARLINGTON

〇〇〇〇〇〇

6 診療を受けた期間

(令和) 年 月 日

5 6 1 4

から

5 6 1 4

まで

6-①上記の期間に
入院していた場
合は、その期間

(令和) 年 月 日

から

まで

7 療養に要した費用

100

(アメリカドル)

通貨単位を記入してください。（例：アメリカドル）

8 診療内容

診療のうえ、投薬をうけた。

9 受診者の情報

受診者は、現在、日本に帰国予定はありますか。または帰国されましたか
☐ 1. はい ☒ 2. いいえ
↓
↓
↓
海外在住の理由
(海外赴任のため。)
・渡航期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)
・渡航目的
海外滞在の理由

受診者が複数いる場合は、受診者ごとに申請書、添付書類を作成する必要があります。

医療機関、診療月、入院、外来ごとに申請書、添付書類を作成してください。
※添付書類には翻訳（翻訳者氏名、住所、連絡先）をお願いいたします。

同一医療機関でも診療月がまたがった場合は、申請書・添付書類は各月ごとに必要です。
例）診療を受けた期間：R5. 6. 14～R5. 7. 1 →申請書・添付書類は6月分と7月分の2部