

被保険者、家族いずれかにチェックをしてください。

健康保険 被保険者 海外療養費支給申請書
家族

【被保険者(申請者)記入用】【表】

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号	記号 2700 番号 1234	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 59 年 6 月 13 日 在職者は必ずチェックをして事業所 担当部署経由で申請してください。 ☒ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)
	氏 名	(フリガナ) ノウキョウ タロウ 農協 太郎	提出委任	
	住 所	〒 123 - 4567 滋賀県大津市〇〇〇〇1丁目2番3号 〇〇〇〇マンション202号室		
	事業所名称	〇〇〇〇農業協同組合	電話番号 (日中の連絡先)	077 (123) 〇〇〇〇
	所属部署	〇〇〇〇支店 共済課	仕事の内容 (詳しく)	ライフアドバイザーとしてJA共済の推進業務

振込先 指定口座	☐ 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☑ 利用しない場合は下記の欄をご記入ください。) 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。									
	金融機関名	〇〇〇〇			☒ 農協 ☐ 信連 ☐ 〇〇〇〇	☒ 支店 ☐ 本店 ☐ 出張所				
	種 別 (いずれかに○)	☒ 普通 ☐ 当座	口座番号 (右づめで記入)	0 0 1 2 3 4 5	右づめで7桁の番号					
	口座名義 (カタカナで記入)	ノウキョウ タロウ								

被保険者等の記号・番号が不明な場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。
(記入した場合は本人確認書類の添付が必要です。)

→ * * * * * * * * * *

同意書(国内用)

健康保険法に基づく受診者(被保険者又は被扶養者)に対する保険給付に関する調査のため、貴職が必要とする事項(受診者(被保険者又は被扶養者)の個人情報を含む)について、関係する官公署・医療機関・保険者等に対して貴職が照会・依頼を行い、回答・提供を受けることについて同意します。また、照会・依頼を行うに当たり、貴職が当該機関に対して必要な範囲で説明を行うことについて了知します。
なお、本書の写しも有効とします。

令和 6 年 7 月 10 日

滋賀県農協健康保険組合 理事長 様

住所 : 滋賀県大津市〇〇〇〇1丁目2番3号
〇〇〇〇マンション〇〇号室

受診者(氏名) : 農協 健一郎

法定代理人(氏名)
(未成年等の場合) : 農協 太郎

被保険者(申請者)記入用は2ページ【裏】に続きます

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

被保険者、家族いずれかにチェックをしてください。

2ページ

健康保険 ☐ 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】**【裏】**

被保険者氏名		農協 太郎			
申請内容	1.受診者	☐ 被保険者 ☒ 家族(被扶養者)			
	1-① 家族の場合、その氏名と生年月日	氏名	農協 健一郎	生年月日	☐ 昭和 ☒ 平成 27 年 7 月 10 日 ☐ 令和
	2.傷病名	1) 右橈骨遠位端骨折		2-①	令和 6 年 3 月 20 日
		2)		発病又は負傷年月日	令和 年 月 日
	3.発病又は負傷の原因及び経過 (いつ、どこで、なにをしているとき。その後の経過等、わかる範囲で詳しくご記入ください)	令和6年3月20日(水) 10時ごろ (どこで、何をしているとき) 休暇でハワイ旅行をしているとき、ワイキキビーチで転倒し右手をケガした。 (経過の詳細) 3月20日、〇〇〇ホテルにあるドクター・オブ・〇〇〇病院を受診、レントゲン等撮影で右橈骨遠位端骨折と診断され、サポーターを装着した。 その後、3月24日に帰国し、〇〇〇〇総合病院を受診し、ギプスを装着して、現在も通院中。			
	4.診療を受けた医療機関等	名称	住所	診療した医師等の氏名	
		ドクター・オブ・〇〇〇病院	〇〇〇 〇〇〇〇〇Ave.,Honolulu, HI 96888	〇〇〇〇 〇〇〇〇	
	5.診療を受けた期間	令和 6 年 3 月 20 日 から 3 日間 海外で健康保険を使わず診療を受けた日をご記入ください。			
	5-① 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	日間		
		令和 年 月 日 まで	日間		
6.療養に要した費用の額	1 5 3 , 2 0 0 円				
7.診療の内容	レントゲン撮影、サポーターの装着、痛み止めの処方				
8.受診者の情報	(1) 受診者の海外渡航期間 令和 6 年 3 月 18 日 ~ 令和 6 年 3 月 24 日 ※海外渡航期間が確認できる書類として、以下のいずれかの書類を添付してください。 ・パスポートの写し(①氏名、顔写真と②当該機関の出入国スタンプのページ) ・査証(ビザ)の写し(氏名と有効期限が記載されたもの) ・航空券の写し(eチケットの控えを含む) (2) 診療を受けた期間における海外渡航(滞在)の理由を教えてください。 ☐ 海外勤務(同行家族を含む) ☒ 旅行 ☐ 留学 ☐ その他 (理由)				

同意書 Agreement of Authorization

海外療養費支給申請書類にある事実（療養行為を行った日時、場所、療養内容等）を確認するため、申請書類の提供等によって、療養行為を行った者に照会を行い、当該者からその照会内容について情報提供を受けることに同意します。

In order to confirm the facts (date, time and place of medical treatment, treatment details, etc.) stated in the form for claiming overseas medical treatment benefits, I agree that an inquiry shall be made of the person who performed the medical treatment, wherein such an inquiry is conducted by, for example, providing the claim form, to obtain information from the said person regarding the content of the inquiry.

【署名欄】

滋賀県農協健康保険組合 御中

To Shigaken Nokyo Health Insurance Society

署名日 2024 年 5 月 10 日
Date of signature

患者氏名 : Kenichiro Nokyo
Name of Patient

署名 : 農協 健一郎
Signature

※療養を受けた者の署名は、原則として本人が行ってください。なお、代理人が署名した場合は、下記の代理人署名欄にも署名をお願いいたします。

生年月日 : 2015 年 7 月 10 日
Date of birth

住所 : 202,〇〇〇Bldg,1-2-3,〇〇〇〇,Otsu-shi,Shiga,Japan
Address

※海外に居住している場合は、住所を国名から記入してください。

【代理人の署名欄】 For Agent

代理人氏名 : Taro Nokyo
Name of agent

署名 : 農協 太郎
Signature

住所 : 202,〇〇〇Bldg,1-2-3,〇〇〇〇,Otsu-shi,Shiga,Japan
Address

療養を受けた者との関係 【Relationship】
☒ 親権者（本人が未成年の場合）(Person in parental authority)
☐ 成年後見人（本人が成年被後見人の場合）(Guardian of adult)
☐ 法定相続人（本人が死亡している場合）(Legal heir)
☐ その他(Other) ()