

被保険者欄	記号	番号	(フリガナ)	ケンポ タロウ
	被保険者証の (左づめ)	1 2	1 2 3 4 5 6	氏名 健保 太郎
	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 49 年 4 月 3 日	電話番号 (日中の連絡先)	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 080 ( 1234 ) 〇〇〇〇 ( )
会社名 事業所 所属	〇〇〇〇〇株式会社 〇〇営業所 〇〇G			※退職者の方は住所をご記入ください。

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(被扶養者)		
	1-①家族の場合はその方の	氏名 健保 花子	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 53 年 11 月 22 日	
	2 傷病名	右足首の捻挫	3 発病または 負傷年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 1 年 7 月 6 日	
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	<input type="checkbox"/> 病気 <input checked="" type="checkbox"/> ケガ	原因および経過 負傷原因(以下のいずれかの中から選択 <input checked="" type="checkbox"/> してください) <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中( <input type="checkbox"/> 職場行事 <input type="checkbox"/> 職場行事以外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input checked="" type="checkbox"/> その他 [ 家の階段から転落 ]	
	5 診療を受けた医療機関等の	名称 〇〇MEDICAL CLINIC	所在地 1234 Venice Blvd. Ph111 Los Angeles 12345USA	診療した医師等の氏名 Dr.Kenta Tanaka
	6 診療を受けた期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 0 1 0 7 0 6 から 0 1 0 7 0 6 まで 日数 1 日		
	6-①上記の期間に 入院していた場合は、 その期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 から まで 日数 日		
	7 療養に要した費用の額	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 診療の内容	診察のうえ、レントゲン撮影および湿布薬の処方		
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。 <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 海外在住の理由 [ ] ・渡航期間( 1 年 7 月 1 日 ~ 1 年 7 月 14 日 ) ・渡航目的 海外滞在の理由 [ 観光(旅行)のため ]			

〔備考〕

被保険者証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、備考欄へ記入してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認のため添付書類が必要です)

受付日付印