

被保険者氏名

※被保険者記入用

申請 内容	① 受診者	☐ 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	年	月	日
	② 傷病名		③ 発病または 負傷年月日	☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日
	④ 該当の傷病は病気（疾病）で すか、ケガ（負傷）ですか。	☐ 1. 病気 2. ケガ					
	④-1 「病気」と答えた場 合、発病時の状況を ご記入ください。						
	④-2 「ケガ」と答えた場 合、ケガの原因をご 記入ください。	第三者行為によるものですか。（交通事故を含む） ☐ 1. いいえ 2. はい		勤務中もしくは通勤中のケガですか。（労災） ☐ 1. いいえ 2. はい			
	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			
		名称	所在地	診療した医師等の氏名			
	⑥ 診療を受けた期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日数	日		
	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	令和 年 月 日まで	日数	日		
⑦ 療養に要した費用の額	通貨単位を記入してください。 （例：アメリカドル）						
⑨ 診療の内容							
⑨ 受診者の情報	受診者の海外渡航期間 （ 年 月 日 ～ 年 月 日） 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。 はい → 渡航目的・海外滞在の理由 いいえ → 海外在住の理由 ☐ 渡航目的 海外滞在の理由 ☐ 海外在住の理由 （理由）						