

健康保険 海外療養費 支給申請書

被保険者(申請者)記入用

被 保 険 者 情 報	会社名 (出向者は出向元の 会社名)	株式会社●●●●	社員番号	1234567	記号番号が分からない場合はマイナナンバーを記入してください			
	健康保険の 記号・番号	(記号) 10 (番号) 1234						
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎			生年月日	☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和	年 月 日 ● ● ● ● ● ●	
	住所	(〒 500 - 0000) 大阪 都道府県 大阪市●●町 1-2-3						
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 06 (●●●●●) ●●●●●						
☒ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)								

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記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。						
	金融機関 名称	●● ●● ●● ●● 銀行 金庫 信組 農協 漁協 其他 ()			●● ●● ●● ●● 本店 支店 出張所 本所 支所		
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	● ● ● ● ● ● ● ●			
	口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。 ケンポ タロウ					

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険 海外療養費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

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

年 月 日

2 傷病名

腹痛

3 発病または
負傷年月日

令和 ● 年 ● 月 ● 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

1

1. 病気

不詳

(原因および経過)

2. ケガ ➡ 負傷原因届を併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

●●●クリニック

●●市●● ●●番地

●●●●●●●●

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

年 月 日

● ● ● ● ● ●

から

● ● ● ● ● ●

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

年 月 日

□ □ □ □ □ □

から

□ □ □ □ □ □

まで

日数

日

7 療養に要した費用の額

● ● ● ●

(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 検査 投薬

9 受診者の情報

(1) 受診者の海外渡航期間 令和 ● 年 ● 月 ● 日 ~ 令和 ● 年 ● 月 ● 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当該期間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)の理由を選んでください。

☐ 海外勤務(同行家族を含む)☒ 旅行☐ 留学☐ その他

※添付書類については、医科の場合と歯科の場合で、提出いただく書類が異なるため、事前に当健保へお問い合わせください。