

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(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	1	1 2 3 4 5	☐ 昭和	1 5 0 4 0 1	
	氏名・印	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎				
	郵便物を受け とることができる住所 電話番号 (日中の連絡先)	(〒 住所を郵便番号から 都道府県) ご記載ください TEL 03 (1234) 5678				

< 給付の手続きについて >

健康保険組合からの給付は事業主(会社)を経由して給付されます。
以下の委任の手続きを行ってください。
事業主が代理人となりますので被保険者(社員)欄へ署名・押印ください。
(押印省略不可)
任意継続被保険者の方は「1」を選択してください。登録の口座へ入金します。
支払委任を希望する場合は健康保険組合へお問い合わせください。

口座名義
の区分

※社員は2を選択

- 2
1. 申請者
 2. 代理人

受取代理人の欄	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 年 月 日
	氏名・印	健保 太郎		↑記入年月日を記載
	住所	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ		
代理人 (口座名義人)	(〒 -) TEL () (フリガナ) 会社押印欄 記載不要です 氏名・印		委任者と 代理人との 関係	

同意の欄	被保険者 (申請者)	海外療養費の算定のために株式会社エム・エイチ・アイに委託することに同意します。		令和 年 月 日
	氏名	健保 太郎		↓記入年月日を記載
		住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ		

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

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、備考欄に記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

(02.4)

備考欄	健保記入欄 記載不要です			受付日付印
人事・業務担当者	健保使用欄			
	常務理事	事務長	担当者	

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

任意継続者用記入例

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	1	1 2 3 4 5	☐ 昭和	☒ 平成	1 5 0 4 0 1
	氏名・印	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎				
	郵便物を受け とることができる住所 電話番号 (日中の連絡先)	(〒 住所を郵便番号から 都道府県) ご記載ください TEL 03 (1234) 5678				

< 給付の手続きについて >

健康保険組合からの給付は事業主(会社)を経由して給付されます。
以下の委任の手続きを行ってください。
事業主が代理人となりますので被保険者(社員)欄へ署名・押印ください。
(押印省略不可)
任意継続被保険者の方は「1」を選択してください。登録の口座へ入金します。
支払委任を希望する場合は健康保険組合へお問い合わせください。

口座名義
の区分

※社員は2を選択

1

1. 申請者
2. 代理人

受取代理人の欄	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 年 月 日
	氏名・印	記載不要です		住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	代理人 (口座名義人)	住所 (〒 -) TEL ()	委任者と 代理人との 関係	
		(フリガナ)	記載不要です	
	氏名・印			

同意の欄	被保険者 (申請者)	海外療養費の算定のために株式会社エム・エイチ・アイに委託することに同意します。		↓記入年月日を記載
	氏名	健保 太郎	令和 年 月 日	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

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、備考欄に記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

(02.4)

備考欄	健保記入欄 記載不要です			受付日付印
人事・業務担当者	健保使用欄			
	常務理事	事務長	担当者	

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 (社員の氏名を記載)

申請内容

1 受診者

2

1. 被保険者 2. 家族(被扶養者) ※社員本人は1、家族は2

1 - ①家族の場合はその方の

氏名

健保 花子

受診者ごとに申請

生年月日

☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和

15 年 3 月 10 日

2 傷病名

病名が分かる場合は病名を、
分からない場合は風邪、発熱など症状を記載3 発病または
負傷年月日

令和 6 年 5 月 10 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

1

1. 病気

(原因および経過)

令和●年●月●日、午前中よりめまいと頭痛があり

体温を計ったら高熱だったため●月●日に受診。熱が下がらず●日に
点滴と注射を行う。●日に薬を追加で貰いにき、●日に快復した。

など、なるべく詳細をご記載ください。

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

病院ごとに申請

国名

病院名を記載

診療した医師等の氏名

医師の氏名フルネーム

アメリカ、中国
など、受診した国

所在地

病院の住所 国名から番地まで全て記載

診療月ごとに申請

6 診療を受けた期間

(令和) 年 月 日

年 月 日

06 05 10

から

06 05 15

まで

日数

3

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

期間中に
受診した日数

日

7 療養に要した費用の額

総医療費を記載

(アメリカドル 等)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

医師の診察、薬の調剤、点滴、レントゲン検査 など、
受けた診療の内容をできるだけ詳しく記載してください状況によって
どちらかにチェック

9 受診者の情報

☒ 1. はい☒ 2. いいえ

海外在住の理由

受診者の状況を詳しく記載してください

海外赴任帯同の為。会社付保の保険対象外のため 等

・渡航期間 (令和 6 年 5 月 8 日 ~ 令和 6 年 5 月 14 日)
・渡航目的 海外滞在の理由

夏季休暇中アメリカへ7日間の海外旅行で●●へ滞在した