

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(申請者)情報	事業所番号	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者証の (右づめ)		<input type="text" value="000"/> <input checked="" type="checkbox" value="1"/> <input type="checkbox" value="101"/> <input type="text" value=""/>	<input type="checkbox" value="昭和"/> <input type="checkbox" value="平成"/> <input type="checkbox" value="令和"/>				
	氏名・印		(フリガナ)					自署の場合は押印を省略できます。
	郵便物を受け とることが できる住所		(〒 —)		都	道		
	電話番号 (日中の連絡先)		TEL ()		府	県		

振込先指定口座 日本にある口座	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 <input type="checkbox"/> 4. 通知	口座番号	<input type="text" value=""/>	
口座名義	▶カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(ー)、半濁点(ー)は1字としてご記入ください。) <input type="text" value=""/>			口座名義 の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

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			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 ()							
	住所 (フリガナ)				委任者と 代理人との 関係			
	氏名・印							

※ 1. 被保険者証の番号を記入しない場合のみ、
備考欄に個人番号を記入してください。

※ 2. 備考欄に個人番号を記入した場合、次の対応をお願いします。

- ①事業主経由で提出 >>> 事業主確認欄に番号および本人の確認行った担当者が押印
- ②本人が直接提出 >>> 番号確認および本人確認のための添付書類が必要

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

備考	事業所 個人番号 照合者	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

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

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 発病の原因および経過
(詳しく)

1. 病気

(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

名称

所在地

診療した医師等の氏名

6 診療を受けた期間

年 月 日
 平成
 令和

年 月 日
 平成
 令和

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

年 月 日
 平成
 令和

年 月 日
 平成
 令和

から 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)

8 診療の内容

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。

1. はい

2. いいえ

↓
海外在住の理由

9 受診者の情報

- 渡航期間 (□平・□令 年 月 日 ~ □平・□令 年 月 日)
- 渡航目的
- 海外滞在の理由

※別途作成が必要な関係書類を併せてご提出ください。