

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	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）	0 0 0	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 101	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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 府 県			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()				

振込先指定口座（日本にある口座）	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（ ）	本店 支店 出張所 本所 支所	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	左づめでご記入ください。
	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（・）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。）		口座名義 の区分
				<input type="checkbox"/> 1. 申請者 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	委任者と 代理人との 関係			
	(フリガナ)	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を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 照会者	印	受付日付印
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄		印	

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

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

☐ 平成
☐ 令和

年 月 日

から

☐ 平成
☐ 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☐ 平成
☐ 令和

年 月 日

から

☐ 平成
☐ 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)

8 診療の内容

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。

☐ 1. はい☐ 2. いいえ

海外在住の理由

↓

・ 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。