

事業主 經由  
JFE健康保険組合 行

常務理事	事務長	室長	担当

海外療養費

被保険者療養費・一部負担還元金  
家族療養費・家族療養付加金

兼高額療養費 支給申請書

該当者	<input type="radio"/>	本人
いずれかに○印	<input type="radio"/>	家族

1. 海外での診療証明で健保42・43 (診療した医師による記入と証明・和訳)が必要です。
2. 領収書原本
3. 治療日に海外に居た証明(パスポートのコピー等)
4. 被保険者の同意書

添付書類

被 保 者 記 入 欄	記号	番号	会社名	所属	
	1 2 3	1 2 3 4 5 6	〇〇〇(株)	〇〇部 〇〇課 電話番号 123-1234	
	受診者氏名	健保 一郎	続柄	生年月日 〇〇年 〇月 〇日	
	傷病名	〇〇〇	診療開始日	令和 〇〇年 〇月 〇日	
	診療期間	入院	年 月 日より 年 月 日まで	実日数 日	
		通院	〇〇年 〇月 〇〇日より 〇〇年 〇月 〇〇日まで	〇 日間	
	医療機関名および医師名		〇〇〇〇 Hospital Dr. 〇〇〇		
	発病または負傷の年月日原因		令和 〇〇年 〇月 〇〇日 原因 ×××××××		
	診療費	外貨	\$ 1234	邦貨換算額	×××, ××× 円
	希望送金先 (退職者のみ)	銀行名	ゆうちょ銀行不可	銀行コード	預金種別 普通 当座 貯蓄
支店名					
口座名義		カタカナで記入			
上記の通り請求いたします。JFE健康保険組合から支給される給付金の受領を事業主に委任します。 令和 〇〇年 〇月 〇日 〒123-1234 被保険者住所 _____ 海外在住の場合は、海外の住所を記入して下さい。 被保険者氏名 健保 一郎 (健保) 電話番号 _____ 被保険者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、備考欄に記入して下さい。 マイナンバーを記載した場合は、本人確認する為の添付書類が必要です。					
支給対象額		支払区分			
円		1. 個人 2. 任継 上記以外事業主			

退職の方…記入して下さい  
任意継続の方…記入不要  
在職中の方…記入不要

記号・番号で申請の方は記入の必要はありません。