

常務理事	係 員	係 員

健康保険 海外療養費 支給申請書

被保険者（申請者）情報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください			
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	1111	12345			
	氏名	(フリガナ) キョウアイ ハナコ 共愛 花子	生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日	6 2 9 8
	住所	(〒 804 - 0092) 福岡 都道 府県 北九州市戸畑区 小芝2-2-6-201号室				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 093 (871) 6151					

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	〇〇	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	〇〇	本店 支店 出張所 本所 支所	
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	1234567		
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。 キ ヨ ウ ア イ ハ ナ コ					

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

(R6.10)

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

被保険者氏名

共愛 花子

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

左足首ねん挫

3 発病または
負傷年月日

令和 6 年 1 月 13 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

2

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

〇〇MEDICAL
CLINIC

2010
SOUTH ARIINGTIN

〇〇 〇〇

アメリカ

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

6 1 13

から

6 1 14

まで

日数

2 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

100

(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

診察のうえ、湿布薬を処方された

9 受診者の情報

(1) 受診者の海外渡航期間 令和 6 年 1 月 13 日 ~ 令和 6 年 1 月 22 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