

健康保険 療養費（海外診療の立替払）支給申請書

申請日 令和 年 月 日

本申請について以下の通り申請致します。

（申請者本人の署名）

《添付書類：全て必須》

- ①領収証（原本）及びその日本語訳
- ②診療内容明細書（様式A、様式Cのどちらか一方）
医科＝様式A 歯科＝様式C
- ③領収明細書（原本）＝様式B
- ④調査に関わる同意書＝様式D
- ⑤事業主指定の支給時使用レート（様式不問）
- ⑥パスポート等海外渡航の事実が確認できる書類（写し可）
※但し業務命令による海外勤務の場合は不要。

※該当する事柄 ☐ にチェック ☒ を付けてください。

被保険者（申請者）	記号と番号	記号	番号	生年月日		
	フリガナ 氏名	昭・平・令 年 月 日				
	住所	〒	—	TEL	— —	
	会社名		所属名			
振込先指定口座	振込先指定口座について以下いずれかを選択してください。					
	☐ ①上記において事業主経由での支給を了承しました。 ⇒ 下記振込先口座欄記載不要。					
	☐ ②上記①以外の場合、下記振込先口座について記入してください。 ※口座名義人が遺族の場合、別途代表者選定届等の手続きが必要です。 ※日本国内の口座のみとなります。海外送金はいりません。					
	金融機関名称			銀行 信金 信組 農協 その他		
	支店名称			本店 支店 出張所 その他	支店コード	
	預金種別	普通 当座		口座番号		
	口座名義（カタカナ）					
	受診者	☐ 本人 ☒ 家族	家族の場合	氏名	続柄	生年月日
	傷病名			発病または 負傷年月日	令和 年 月 日	
	発病の原因 及び経過	（原因及び経過） ☐ 病気 ☐ ケガ（※下記にもご記入ください。） ケガの場合 負傷した時間帯（状況） ☐ 勤務中 ☐ 通勤途中 ☐ 私用中 ☐ その他（ ） 負傷した場所 ☐ 会社内 ☐ 自宅 ☐ その他（ ） 第三者によるものですか ☐ いいえ ☐ はい → 第三者行為の手続きについて後日連絡します				
診療を受けた医療機関等について		国名				
名称						
診療を受けた期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日数 日間				
診療内容		支払った金額（外貨）		支払日		
				令和 年 月 日		
海外渡航理由		☐ ①会社の業務命令（海外駐在中）のため ☐ ②プライベートでの海外旅行中 ☐ ③その他（ ）				

健康保險 負傷原因届

被保険者（申請者）・事業主記入用

●療養費支給申請書「申請内容」の4および
海外療養費支給申請書「申請内容」の3で
「けが」と回答された場合は、この
「負傷原因届」を必ず添付してください。

本人または負傷した方が記入するところ