

健康保険 療養費（海外診療の立替払）支給申請書

<記入例>

申請日 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

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)

プリマ健保 太郎 (自署)

《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。

申請者本人は1頁のみ記入してください。
2頁目は、事業主、健保組合使用欄です。

被保険者（申請者）	記号と番号	記号 〇〇	番号 〇〇〇	生年月日 昭・平・令 〇〇年 〇〇月 〇〇日
	フリガナ 氏名	プリマケンボ タロウ プリマ健保 太郎		
	住所	〒 XXX - XXXX TEL XX-XXXX-XXXX 〇〇県〇〇市〇〇 〇-〇-〇		
	会社名	〇〇株式会社	所属名	〇〇工場

「A」被保険者（申請者）が記入するところ	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	
		支店	主に、退職者・遺族等の記入欄です。	

申請内容	受診者	☐ 本人 ☒ 家族	家族の場合	氏名 プリマ健保 太郎	続柄 本人	生年月日 昭・平・令 〇〇年 〇〇月 〇〇日
	傷病名	医師の診断名を記入してください			発病または 負傷年月日	平成 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
	発病の原因 及び経過	（原因及び経過） 原因と現在の状態（治療中・完治等について記入してください） 〇 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 〇〇国				
	名称	ABC病院				
	診療を受けた期間	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日から令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日まで	日数	〇 日間		
	診療内容	拔牙とその他処置			支払った金額（外貨）	SXXXXXXX
			支払日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
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（ ）					

在職者の方は、原則事業所経由での支払いとなりますので、①にチェックをしてください。

<記入例：事例を参考に記載してください。>

虫歯になった。現在も継続治療中

※原因不明の場合は、「原因不明。突然歯が痛くなった」等

健康保険 療養費（海外診療の立替払）支給申請書

「B」事業主が記入するところ

海外駐在該当の有無	☐ 海外駐在である	☐ 業務命令でない	
労災・通災の適用について	☐ なし	☐ あり	☐ 申請中
令和 年 月 日 1 = 円			
申請者			
事業主記入欄です。 申請者の方は記入不要です。			
事業主氏名			
事業所電話			

事業所受付欄		健保決裁欄			健保受付印
課長	担当者	常務理事	事務長	担当者	

健保使用欄

支 給 決 議 書					
受付年月日	令和 年 月 日	承認年月日	令和 年 月 日	健保支払日	令和 年 月 日
資格取得	任継未加入				
健保組合記入欄です。 申請者の方は記入不要です。					円
					円
					円
					円
					円
					円
					円
					円
					円
					円
法定給付費	第二家族療養費	円	1 = 円	割	円
付加給付費	高額療養費（本人）	円	1 = 円	割	円
	一部負担還元金	円	1 = 円	割	円
	家族療養付加金	円	1 = 円	割	円