

健康保険 海外療養費 支給申請書

被保険者(申請者)記入用

保険証、資格情報のお知らせ、資格確認書等に記載されています。

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)	1 2 3	4 5 6		
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 6 0 0 1 1 5
	住所	(〒 1 2 3 - 4 5 6 7)	東京 都道府県	〇〇区〇〇1-2-3	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL XXX (XXXX) XXXX				

振込先指定口座(※)	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) <small>(注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。</small>				
	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 <input type="checkbox"/> 2. 当座	口座番号	左づめでご記入ください。	
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。			口座名義 の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

※振込先はゆうちょ銀行以外の金融機関に限ります。

受取代理人の欄	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				
	被保険者 (申請者)	氏名	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)	住所 (フリガナ)	委任者と 代理人との 関係		

口座名義が申請者本人であれば
記入不要

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

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

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

健保 太郎

申請内容

1 受診者

2

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

健保 一郎

生年月日

 昭和 平成 令和

20 年 7 月 1 日

2 傷病名

急性胃腸炎

3 発病または
負傷年月日

令和 7 年 3 月 1 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

1

1. 病気

(原因および経過)

薬を飲み病状は落ち着いた

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

〇〇〇〇

カリフォルニア州
ロサンゼルス〇〇〇〇

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

0 7 0 3 0 1

から

年 月 日

0 7 0 3 0 1

まで

日数

1

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

[] [] [] [] [] []

から

年 月 日

[] [] [] [] [] []

まで

日数

日

7 療養に要した費用の額

500

(US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

点滴をし、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 年 月 日 ~ 令和 年 月 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 [] []