記入例

1枚目（2枚1組）　健康保険　**海外療養費支給申請書**

被保険者（申請者）記入用

【添付書類】以下、**原本**を提出ください
1）診療内容明細書（現地の担当医師が記入したもの）、翻訳、領収明細書（現地の担当医師が記入したもの）、翻訳
2）現地病院で支払った領収書・同意書
3）パスポート（氏名の頁と滞在国の入国ある〇頁）や航空券など海外に渡航した事実が確認できる書類の写し（※海外勤務の被

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

被保険者等記号・番号	記号 123	番号 456	わからない場合はマイナンバーを記入してください。	
従業員番号	123456		メールアドレス	○○○○@×××.co.jp
氏名	(フリガナ) ケンポ　タロウ 健保　太郎		生年月日	☑昭和 ☐平成 60 年 1 月 15 日 ☐令和
住所	(〒 123 ― 4567) 東京都○○区□□1-2-3			
電話番号（日中の連絡先）	×××-××××-×××			

☑ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は

事業所経由で提出する場合、チェックを入れてください。

マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用される方はチェックを入れてください。

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	○○	☑銀行 ☐農協 ☐信金 ☐その他 ☐信組 ( )	△△ ☐本店 ☑支店 ☐出張所
預金種別	普通	口座番号（左づめ）	1 2 3 4 5 6 7
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。 ケ ン ホ ゜　タ ロ ウ	口座名義の区分	☑1.申請者 ☐2.代理人

受取代理人の欄

被保険者（申請者）	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。　年　月　日 署名　「請者）情報」の住所と同じ
代理人（口座名義人）	(〒　― 住所 (フリガナ) 氏名 任者と理人との関係

口座名義が申請者本人であれば記入不要

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

必ず2枚1組で提出してください

被保険者（申請者）記入用

2枚目（2枚1組）　健康保険　# 海外療養費支給申請書

申請内容

1.受診者		☐ 1.被保険者 ☑ 2.家族（被扶養者）	受診された方の氏名、生年月日をご記入ください。
1-① 家族の場合その方の	氏名	(フリガナ) ケンポ　イチロウ 健保　一郎	生年月日 ☐昭和 ☑平成 20年 7月 1日 ☐令和
2.傷病名	医師から診断された傷病名を記入してください。	急性胃腸炎	3.発病または負傷年月日 2026年 5月 1日
4.発病の原因および経過（詳しく）		☑ 1.病気　(原因および経過) 夕食後腹痛と嘔吐が続いたため医療機関にて受診、処方された薬を飲み症状は落ち着いた ☐ 2.ケガ ➡ 負傷原因届を併	発症に至る原因および経過をできるだけ詳しくご記入ください。

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
	○○○○	カルフォルニア州 ロサンゼルス○○○○	○○　○○
国名	名称	所在地	診療した医師等の氏名
アメリカ			

6.診療を受けた期間	2026年 5月 1日 から 2026年 5月 1日 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	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 （ 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	点滴をし、薬を処方された 病院でどのような検査や治療を受けたかご記入ください。		

9.受診者の情報

(1)受診者の海外渡航期間　2026年 4月 25日 ～ 2026年 5月 10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当該機関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　詳細にご記入ください。