

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(申請者)情報	被保険者等記号・番号 (左づめ)	記号 1 9	番号 1 2 3 4 5	いずれかにチェックを入れてください。	
	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 6 0	月 4
	住所 (〒 111 - 1111) A 都道府県 B市C町D 1番地				
	電話番号 (日中の連絡先) TEL 070 (1111) 1111				
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)					

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☑ 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 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所	〇〇〇 〇〇〇	
	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。 ケンポ タロウ				

※被保険者(申請者)の振込口座をご記入ください。
※ゆうちょ銀行の口座の場合、振込専用の店番(漢数字3文字)、預金種目、口座番号をご記入ください。

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

(R6.12)

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	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	氏名 1か2のいずれかをご記入ください。 生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
2 傷病名	う蝕 3 発病または負傷年月日 令和 6年 4月 1日
4 発病の原因および経過(詳しく)	(原因および経過) 1 1. 病気 歯が急に痛くなり受診した。 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国名	名称 〇〇MEDICAL CLINIC 所在地 2010SOUTH ARLINGTON 診療した医師等の氏名 〇〇〇〇 アメリカ
6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日 から 年 月 日 まで 日数 1 6 4 1 から 6 4 1 まで
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
7 療養に要した費用の額	5,000 (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	歯を削り、詰め物をした。痛み止めを処方された。
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。 <input type="checkbox"/> 海外勤務(同行家族を含む) <input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> 海外 <input type="checkbox"/> その他