

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	記号	1 0 0 1	番号	1 2 3 4 5 6 7	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)							
	氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ	健保 花子	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	0 1 0 4 0 1	
	住所	(〒 541 - 0000)	大阪 都府 道県	〇〇区△△1-2-3	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 06 (0000) 0000		
<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	〇〇〇〇	銀行 金庫 信組 農協 漁協 其他 ()	〇〇〇〇	本店 支店 出張所 本所 支所				
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	1 2 3 4 5 6 7	▼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 (カタカナ)	ケンポ [゜] ハナコ								

「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

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 花子

生年月日

 昭和 平成 令和

1 年 4 月 1 日

2 傷病名

左足首ねん挫

3 発病または
負傷年月日

令和 〇 年 11 月 2 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

2

1. 病気

(原因および経過)

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MEDICALCLINIC

2010 SOUTH ARLINGTON

〇〇 〇〇

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

〇〇 1 1 0 2

から

年 月 日

〇〇 1 1 0 6

まで

日数

2

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

100

(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

診察のうえ、湿布薬を処方された。

9 受診者の情報

(1) 受診者の海外渡航期間 令和 〇 年 〇 月 〇 日 ~ 令和 〇 年 〇 月 〇 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 [] []