

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	生年月日	年	月	日			
	被保険者証の (右づめ)				<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	0	1	0	4	0	1
	氏名	(フリガナ)	ケンポ ハナコ	健保 花子							
	住所	(〒 541 - 0000)	大阪 都 道 府 県 ○○区△△1-2-3								
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 06 (0000) 0000										
□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、下記の振込口座の記入は不要です。)											

振込先指定口座(日本にある口座)	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	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	左づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(ˆ)は1字としてご記入ください。) ケンポ° ハナコ			

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です

被保険者のマイナンバー記載欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 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

年 月 日

〇〇 1 1 0 2

から

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

年 月 日

から

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

受診者は、現在、日本に帰国予定はありますか。または帰国されましたか。

1. はい

2. いいえ

海外在住の理由

↓

・ 渡航期間 (令和 〇〇 年 11 月 1 日 ~ 令和 〇〇 年 11 月 8 日)

・ 渡航目的
海外滞在の理由

観光(旅行)のため