

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 [][][][]	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 [][][][][][][][][][]
	氏名	(フリガナ)		生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 [][][][][][]
	住所	(〒 [][][] - [][][]) [][][] 都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ([][][] - [][][])		
<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 <input checked="" type="checkbox"/>)				

振込先指定口座	以下の指定する口座に振り込みをお願い致します。			
	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
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	[][][][][][][][][][]
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。 []			

「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

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 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	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		3 発病または負傷年月日	令和 年 月 日
	4 発病の原因および経過(詳しく)	(原因および経過) <input type="checkbox"/> 1. 病気 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			
		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	日数
		から	まで	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	日数	
	から	まで	日	
7 療養に要した費用の額	_____ ()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				
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"/> 留学 <input type="checkbox"/> その他			