

健康保険 海外療養費 支給申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	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																				
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr></table> <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table>	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>									
	1	2	3	4																			
	1	2	3	4	5	6	7																
氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 610415 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和																					
住所	(〒 123-4567) 東京	<input checked="" type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 県 港区○○1-1 ○○マンション101																					
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03 (1230)4567																						
<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	金融機関 名称	○○	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ()	○○駅前	<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input checked="" type="checkbox"/> 支所								
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	7		
	1	2	3	4	5	6	7						
	口座名義 (カタカナ)	ケンポ ハナコ <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
▼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(ー)、半濁点(ー)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

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

健保 花子

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 太郎

生年月日

□ 昭和 平成 令和
18年10月26日

2 傷病名

左足首ねん挫

3 発病または
負傷年月日

令和 3年4月2日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

2

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

日本

○○総合病院

東京都○○区○○

○○ ○○

名称

所在地

診療した医師等の氏名

○○薬

東京都○○区○○

○○ ○○

6 診療を受けた期間

(令和) 年 月 日

03 04 02

から

年 月 日

03 04 06

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

9600 (日本円)

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

診療のうえ、湿布薬を処方された。

(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)

9 受診者の情報

(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