

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

社員番号

被保険者（申請者）情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者証の（左詰め）	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)		ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者（申請者）の氏名（サイン）をご記入ください。			
住所	(〒 -)		都	道			
電話番号	(日中の連絡先) Tel ()		府	県			

振込先指定口座	金融機関名称	銀行コード:	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	支店コード:	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 2. 当座	3. 別段 4. 通知	口座番号	<input type="text"/>
	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（゜）は1字としてご記入ください。			口座名義の区分

「2」の場合は必ず記入ください。

受取代理人の欄	被保険者（申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和 年 月 日
	代理人（口座名義人）	住所	住所 「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ	
	氏名	(フリガナ)		
	氏名	(〒 -) Tel ()	委任者と代理人との関係	

「被保険者（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。
- ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

被保険者のマイナンバー記載欄

(令3.4)

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載

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

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者（申請者）の氏名（サイン）をご記入ください。

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

生年月日

昭和 平成 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)

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

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

から

年 月 日

まで

日数

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

 ()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

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 (年 月 日 ~ 年 月 日)

 ・渡航目的
海外滞在の理由