

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	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)	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 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 6 1 0 4 1 5
	住所 (〒 123 - 4567)	東京 港区〇〇1-1 〇〇マンション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	<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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 銀行 金庫 信組 農協 漁協 〇〇駅前 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。 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 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

(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

〇〇総合病院

東京都〇〇区〇〇

〇〇 〇

日本

名称

所在地

診療した医師等の氏名

〇〇薬

東京都〇〇区〇〇

〇〇 〇〇

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。

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。

- ☐ 海外勤務 (同行家族を含む)
- ☐ 旅行
- ☐ 留学
- ☐ その他