

# 海外療養費 支給申請書

1

2

ページ

海

被保険者記入用

記入方法および添付書類等については、「海外療養費 支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。

届書(申請書)は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者情報欄には、ご家族(被扶養者)の受診に関する申請であってもご本人(被保険者)の氏名等をご記入ください。

被保険者情報	保険者番号	<input type="text"/>	保険者名称	保険者番号、名称は保険証の下部に記載されています。
	被保険者の	記号	番号	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	氏名	(フリガナ)		
	日本国内で郵便物を受けとることができる住所(日中の連絡先)	(〒 - )	都 道 府 県	TEL ( )

振込先指定口座(日本にある口座)	金融機関名称	<input 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 ( )	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 代理店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本店営業部 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 4. 通知	口座番号 <input type="text"/> 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(゜)は1字としてご記入ください。)	

「2」の場合は必ず記入してください。

受取代理人の欄	被保険者	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。		<input type="checkbox"/> 1.平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 2.令和
		氏名	住所 「被保険者情報」の住所と同じ	
	代理人(口座名義人)	(〒 - ) TEL ( )	住所 (フリガナ)	氏名
		被保険者との関係		

「被保険者記入用」は2ページに続きます。▶▶▶▶

被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

受付日付印

※マイナポータル等で事前登録した公金受取口座の利用を希望される場合には、当健保組合までご連絡ください。

# 海外療養費 支給申請書

1

2

ページ

被保険者記入用

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	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日			
	④ 発病の原因および経過 (詳しく)	<input type="checkbox"/> 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情報	医療機関名	所在地	診療した医師等の氏名			
	国名						
		医療機関名	所在地	診療した医師等の氏名			
	⑥ 診療を受けた期間	<input type="checkbox"/> 1.平成 2.令和	年 月 日から	<input type="checkbox"/> 1.平成 2.令和	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	<input type="checkbox"/> 1.平成 2.令和	年 月 日から	<input type="checkbox"/> 1.平成 2.令和	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	(1) 受診者の海外渡航期間 ( <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ~ <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ) ※申請書に添付していただいた受診者の海外渡航期間が確認できる書類に☑してください。 <input type="checkbox"/> パスポートのコピー(①氏名、顔写真と②当該期間の出入国スタンプのページ) <input type="checkbox"/> 査証(ビザ)のコピー(氏名と有効期限が記載されたもの) <input type="checkbox"/> 航空チケットのコピー(eチケットの控え含む)  (2) 診療を受けた期間における海外渡航(滞在)の理由について、該当箇所☑をしてください。 その他の場合は具体的にご記入ください。 <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 (理由) _____						