

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (海外療養費)

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 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)	(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 診療医師の氏名
	国名	名称 所在地 診療医師の氏名
	6 診療を受けた期間	令和 年 月 日 から 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	令和 年 月 日 から 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	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。 <input type="checkbox"/> 1.はい <input type="checkbox"/> 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 ()	

必要な添付書類(確認のために口におに☑をお願いします)

- 診療内容明細書・歯科診療内容明細書・領収明細書
- 上記の日本語訳(翻訳文には、翻訳者を記載し、住所および電話番号を明記してください。)
- 領収書原本
- 受診者の海外渡航期間が確認できる書類
受診期間における渡航の事実を確認させていただくため、以下のいずれかを添付してください。
 - ・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)
 - ・査証(ビザ)のコピー(氏名と有効期限が記載されたもの)
 - ・航空チケットのコピー(eチケット控えを含む)

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、正しい内容との申請者の氏名(サイン)をご記入ください。