

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	被保険者証の (右つめ)	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) -----		
	住所	(〒 [][][] - [][][])	都 道 府 県	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ([][][] - [][][])		

本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は)

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 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。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

金融機関 名称	銀行 金庫 信組 本店 支店 農協 漁協 出張所 その他 ([][][]) 本所 支所	
預金種別 <input type="checkbox"/> 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号 [][][][][][][][]	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。) []	口座名義 の区分 <input type="checkbox"/> 1.申請者 2.代理人

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	
	氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
	代理人 (口座名義人)	住所 (〒 [][][] - [][][]) TEL ([][][] - [][][]) 氏名 (フリガナ) -----	委任者と 代理人との 関係

「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 []

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

(R2.12)
受付日付印

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

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	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	年 月 日	日数
		から	まで	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	年 月 日	日数	
	から	まで	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 [年 月 日 ~ 年 月 日] ・渡航期間 () ・渡航目的 海外滞在の理由 []			