

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	生年月日		
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	1 0 0 1	1 2 3 4	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日
	氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子	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				
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)					

振込先指定口座	金融機関 名称	〇〇 銀行 金庫 信組 〇〇駅前店 農協 漁協 その他 ()	本 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ) 1 2 3 4 5 6 7
	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	

振込先が給与(賞与)の第一振込口座と同じである場合は、記入不要です。

注) 給付日直前の変更や登録内容に誤り等があった場合は、給付日が遅延(翌月以降)する場合があります。

注) 公金受取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。

注意事項を確認しましたので、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☑)

翻 訳 者
氏 名 〇〇 〇〇〇
住 所 〇〇〇市〇〇〇〇〇 〇〇
TEL +86 12345678910

A・B・C全ての明細書に翻訳を附記してください。

翻訳者は署名願います。

事 業 主 証 明 欄
上の申請について、受診者はその期間、海外渡航中であったことを証明します。
所在地
名 称
氏 名
TEL

※証明書(写)を添付できない場合、事業主証明を受けてください。

「申請者記入用」は2ページに続きます。》》》

(R2.12)

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

う蝕

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)

1

1. 病気

虫歯

(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

〇〇〇〇〇〇 中国

〇〇〇〇〇〇

〇〇 〇

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

03 04 02

から

03 04 02

まで

日数

1

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

から

まで

日数

日

7 療養に要した費用の額

〇〇〇. 〇〇

(CNY)

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

歯垢除去

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

海外駐在 帯同



・渡航期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)
・渡航目的
海外滞在の理由

診療内容明細書・領収明細書(医科・歯科で書類が異なります)・医科の場合 Form A + Form B ・歯科の場合 Form A + Form C ※A・B・C全ての明細書の日本語訳が必要です。

領収書(原本)添付

渡航歴が確認できる書類(パスポート・旅券・査証等)写を添付※添付できない場合には申請書「事業主証明欄」が必要