

健康保険海外療養費支給伺

取得	昭・平・令 年 月 日	常務理事	事務長	係	支給額						円
喪失	令和 年 月 日										
支給期間	令和 年 月 日	日間	種別	請求	査定						
	令和 年 月 日		検査								
種別	請求	査定	処置及び手術								
初診			入院								
再診											
往診			計								
投薬			一部負担								
注射			支給額								

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	年	月	日
	被保険者証の(右づめ)			<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平		
				<input type="checkbox"/> 令		
氏名	(フリガナ)					
郵便物を受けとることができる住所	(〒 - )	都	道	府	県	
電話番号(日中の連絡先)	TEL ( )					
振込先指定口座(日本にある口座)	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 其他 ( )	本店 支店 出張所 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	

「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(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。				
	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)	(〒 - ) TEL ( )	住所	委任者と代理人との関係		
		(フリガナ)				
	氏名					

「申請者記入用」は裏面に続きます。>>>

確認欄(チェック)	<input type="checkbox"/>	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。	受付日付印
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は右記に○をしてください。(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)		<input type="radio"/>	

# 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	<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 国名	名称	所在地	診療した医師等の氏名
		名称	所在地	診療した医師等の氏名
	6 診療を受けた期間	(平・令)年 月 日 から	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	(平・令)年 月 日 から	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(平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日) ・渡航目的 海外滞在の理由			

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄