

# 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 (右づめ)	記号 2 8	番号 1 2 3 4	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 5 5 0 3 1 8
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎		
	住所	(〒 650-0000) 兵庫 都道 神戸市〇〇区△△通1-2 府県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 078 (〇〇〇) △△△△		
<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )				

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	〇〇	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( )	本店 支店 出張所 本所 支所 △△△
	預金種別	1 1. 普通 2. 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7 左づめてご記入ください。
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。) ケンホ゜ タロウ		口座名義 の区分	1 1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ず「受取代理人の欄」全項目を記入してください。

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。 委任した日 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)	(〒 - ) TEL ( ) 住所 (フリガナ) 氏名	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。&gt;&gt;&gt;

- 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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(R4.9)

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 太郎**

申請内容	1 受診者	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 <b>健保 二郎</b>	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 19年 3月 15日
	2 傷病名	<b>右足首ねん挫</b>	3 発病または負傷年月日	令和 4年 4月 25日
	4 発病の原因および経過(詳しく)	(原因および経過) 2 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	<b>○△MEDICAL CLINIC</b>	<b>2011 SOUTH ARLINGTON</b>	<b>○△△□</b>
	<b>アメリカ</b>	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
	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
7 療養に要した費用の額	<b>100</b> (アメリカドル)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	<b>診察のうえ、湿布薬を処方された。</b>			
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 checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ ↓ 海外在住の理由 [ 渡航期間 ( 4年 4月 23日 ~ 4年 4月 28日 ) 渡航目的 海外滞在の理由 [ <b>海外旅行のため</b> ] ]			