

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	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください			
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	1 0	1 0 0 0			
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和	年 月 日 0 5 0 1 0 2	
	住所	(〒 × × × - × × × ×) 新潟 都道府県 上越市○○○×-×-×				
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☑)						

振込先指定口座	☐ 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。				
	金融機関 名称	○○ 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	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゜ タロウ			

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

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

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 花子

生年月日

☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和

5 年 11 月 2 日

2 傷病名

足首捻挫

3 発病または
負傷年月日

令和 2 年 5 月 20 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

2

1. 病気

(原因および経過)

歩いていてつまずいて転んだ

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

〇〇MEDICAL CLINIC

SOUTH ARLINGTON

〇〇〇〇

アメリカ

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

0 1 0 5 1 0

から

年 月 日

0 1 0 5 1 1

まで

日数

2

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

年 月 日

まで

日数

日

7 療養に要した費用の額

100

(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

診察のうえ、湿布薬を処方された

9 受診者の情報

(1) 受診者の海外渡航期間 令和 1 年 5 月 10 日 ~ 令和 1 年 5 月 20 日

※海外渡航期間が確認できる書類として、以下のいずれかの書類を添付してください。

- ・パスポートの写し(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)の写し(氏名と有効期限が記載されたもの)
- ・航空券の写し(eチケットの控えを含む)

(2) 診療を受けた期間における海外渡航(滞在)の理由を選んでください。

☐ 海外勤務(同行家族を含む)

☒ 旅行

☐ 留学

☐ その他