

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="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>		
	氏名・印	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>		
	住所	(〒 -)	都 道 府 県	<input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()						
<input 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☑)							

①もしくは②いずれかを記入してください

① 受取委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を被委任者(事業所)に委任します。(押印省略不可)	
	氏 名	<input type="text"/> <input type="text"/>

② 振込先指定口座	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 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 <input type="text"/>
	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。)	
	<input type="text"/>	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・押印ください。(押印省略不可)

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
	代理人 (口座名義人)	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	氏名・印 <input type="text"/> <input type="text"/>
	代理人 (口座名義人)	住所 (〒 -) TEL () (フリガナ) _____ 氏名・印 _____ <input type="text"/>	委任者と 代理人との 関係

(20/3)

受付日付印

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

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

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

生年月日

 昭和 平成 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)

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

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

--	--	--	--	--

から

--	--	--	--	--

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

(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

_____ (_____)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。

 1. はい 2. いいえ

海外在住の理由

↓

- 渡航期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)
- 渡航目的
海外滞在の理由