

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

下記のとおり海外療養費を支給申請します。

年 月 日

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		<input type="checkbox"/> 昭和			
			<input type="checkbox"/> 平成			
	氏名	(フリガナ)	必ず自署してください。			
住所	(〒 -)	都 道	府 県			
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 <input checked="" type="checkbox"/>)						

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"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店			
		<input type="checkbox"/> その他 ()	<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 <input type="checkbox"/> 2. 当座	口座番号	<input type="text"/>	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 <input type="checkbox"/> 2. 代理人	

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。			平成 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 ()	委任者と代理人との関係	
	住所	(フリガナ)	氏名		

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

(2022.7)

受付日付印

常務理事	事務長	担当
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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) 続柄: ()		
	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 年 月 日
	2 傷病名		3 発病または負傷年月日	平成 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	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	(平成) 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	(平成) 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 [年 月 日 ~ 平成 年 月 日] ・渡航期間(平成 ・渡航目的 海外滞在の理由 []			