

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" value="3"/> <input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/>		
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ		<input checked="" type="checkbox"/> 平成			
	住所	(〒 380 - 0836) 長野 都 道 府 県		長野市南県町000-0			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 000 (0000) 0000						
<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☑)							

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	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3 <input type="checkbox"/> 2. 当座 4	い。
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の隔)	1. 申請者 2. 代理人

振込先口座が、被保険者の
健保登録口座(※)の場合は不要
(※)・・・通常、給与振込口座が登録されています。

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
	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

(R2.12)

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

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

風邪

3 発病または
負傷年月日

令和 06 年 08 月 15 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

1

1. 病気

のどの痛みと発熱

(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

〇〇Medical Clinic

000th Ave 00th Floor,
〇〇〇, NY123456

□□ □□

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

年 月 日

0 6 0 8 1 5

から

0 6 0 8 1 5

まで

日数

1

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

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

診察と投薬

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 (令和6年 8 月 10 日 ~ 令和6年 8 月 18 日)

・渡航目的
海外滞在の理由

海外旅行のため