

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・印	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎 印			自署の場合は押印を省略できます。
	郵便物を受け とることができる住所 電話番号 (日中の連絡先)	(〒 650-0000) 兵庫県 都道府県 神戸市〇〇区1-2 TEL 078 (〇〇〇) △△△△			

振込先指定(口座日本にある口座)	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(ˆ)は1字としてご記入ください。) ケンホ° タロウ		

「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	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
	氏名・印	(〒 -) TEL ()	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。>>>

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)

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

(19.05)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印

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 健保 二郎

生年月日

 昭和 平成 令和

19年3月15日

2 傷病名

右足首ねん挫

3 発病または
負傷年月日

令和 2年4月25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)

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

○△MEDICAL CLINIC

2011 SOUTH ARLINGTON

○△△□

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 2 0 4 2 5

0 2 0 4 2 7

から

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

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

診察のうえ、湿布薬を処方された。

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 2年 4月 23日 ~ 令和 2年 4月 28日)
- 渡航目的
海外滞在の理由

海外旅行のため