

健康保険

被保険者
被扶養者

海外療養費

支給申請書

被保険者（申請者）情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	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 	
	氏名	(フリガナ) -----		生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日
	住所	(〒) 都 道 府 県			
	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)		
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。 			

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

支 給 決 議 書					
伺年月日	年 月 日		常務理事	事務長	担当者
決裁年月日	年 月 日				
海外療養費支給額	円				
			支払年月日	受付日付印	

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

令和 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

令和 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

(1) 受診者の海外渡航期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 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