

健康保険 海外療養費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)

記入例

被保険者(申請者)情報	記号	番号	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください	
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	1 2 3 4	5 6 7	記号番号がわからない場合マイナンバーを記入
	氏名	(フリガナ) オオイ ケンタ	生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和
	住所	(〒 223 - 3445) 神奈川県 横浜市 ●●区 ▲▲	年	月
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 (9876) XXXX	日	5 0 1 1
☐ 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	☐ 現) ← チェックはしないでください 現在、当組合では直接被保険者へお振込みしております。		
	金融機関 名称	品川	支店
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)
▼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。			
口座名義 (カタカナ)	オ オ イ ケン タ		

次のページで詳細をご記入ください

「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

受付日付印

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

大井 健太

申請内容

1 受診者

I

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

〇〇症(医師に確認して記入)

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)

I

1. 病気

(原因および経過)

旅行中、急な嘔吐、下痢に見舞われる

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

〇〇ホスピタル

ベトナムI23D P×× BěO

Dr. XXXXX

ベトナム

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

Y Y M M D D

から

Y Y M M D D

まで

日数

R R 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

\$ \$ \$ \$ \$ \$

(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、内視鏡、血液検査、治療

9 受診者の情報

(1) 受診者の海外渡航期間 令和 YY 年 MM 月 AA 日 ~ 令和 YY 年 MM 月 ZZ 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