

健康保険 被保険者 療養費支給申請書（海外療養費） 家族

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報	被保険者証の （右づめ）	記号 <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px;"></div>	番号 <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin: 5px;"></div>	生年月日 年 月 日	
				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px;"></div>	
	氏名	(フリガナ) -----			
	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☑）					

「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

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

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 傷病名		3 発病または負傷年月日	R 年 月 日
	4 発病の原因および経過(詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 <input type="checkbox"/> 2. ケガ (病気・ケガの原因および経過)		
	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		
	6 診療を受けた期間	(R) 年 月 日	から (R) 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	(R) 年 月 日	から (R) 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 ~ H・R 年 月 日] ・渡航期間 (H・R ・渡航目的 海外滞在の理由 [