

# 記入例

申請者) 記入用

1

2

## 健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書 (海外療養費)

被保険者(職員)分か、  
家族分のどちらかに○をつけて  
ください

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報	被保険者証の (右づめ)	記号 9 9 9	番号 9 9 9 9	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 * * 1 1 1 1	
	氏名 (フリガナ)	ケンポ タロウ <b>健保 太郎</b>			被保険者(職員)の情報を記入してください
	住所 (〒 422 - * * * * )	静岡 <small>都 道</small> 静岡市葵区〇〇〇〇 <small>府 県</small>			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	090 (* * * * * * * * * *)		
<input checked="" 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☑)					

日中連絡のとれる連絡先を  
記入してください

事業所を経由して書類の申請を  
行う場合、必ずチェックを入れて  
ください

### 海外療養費を申請される場合は、事前に当健保組合にご連絡ください

#### 【申請に必要な書類】

##### 【医科の場合】

- ①療養費支給申請書
- ②診療内容明細書  
診療内容明細書の日本語訳
- ③領収明細書  
領収明細書の日本語訳
- ④現地で支払った領収書の原本
- ⑤渡航期間がわかるパスポートの写し
- ⑥海外での診療等を担当した医療機関等に  
照会することの同意書

##### 【歯科の場合】

- ①療養費支給申請書
- ②領収明細書  
領収明細書の日本語訳
- ③歯科診療内容明細書  
歯科診療内容明細書の日本語訳
- ④現地で支払った領収書の原本
- ⑤渡航期間がわかるパスポートの写し
- ⑥海外での診療等を担当した医療機関等に  
照会することの同意書

「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

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

左足首捻挫

3 発病または  
負傷年月日

R \* \* 年 5 月 15 日

4 発病の原因および経過  
(詳しく)

**2**

1. 病気

(病気・ケガの原因および経過)

海外旅行中に転んで捻挫した

2. ケガ

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

アメリカ

〇〇MEDICAL  
〇〇〇〇  
CLINIC

2010SOUTH ARLINGTON

〇〇 〇〇

6 診療を受けた期間

(R) 年 月 日  
\* \* 0 5 1 5

から (R) 年 月 日  
\* \* 0 5 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

(R) 年 月 日

から (R) 年 月 日

まで

日数

0

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 (H \* R \* \* 年 0 5 月 1 3 日 ~ H \* R \* \* 年 0 5 月 1 6 日)

・渡航目的  
海外滞在の理由

旅行