

常務理事	事務長	課長	担当者

被保険者 申請者 情報	被保険者証の (右つめ)	記号 1 2 3	番号 1 2 3 4 5 6 7	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	5 5 0 4 0 1
	氏名	(フリガナ) ケンコウ タロウ	健康 太郎		
	住所	(〒1 2 3 - 4 5 6 7)	東京	都道府県 新宿区	〇〇 1 - 2 - 3
	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 <input checked="" type="checkbox"/>)					

振込先 指定口座	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。				
	金融機関 名称	〇〇	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	〇〇〇	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	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(゜)は1字としてご記入ください。) ケンコウ タロウ			口座名義 の区分	1 1. 申請者 2. 代理人

受取 代理人の 欄	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
	被保険者 (申請者)	氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ		
	代理人 (口座名義人)	住所 (フリガナ) 氏名	(〒 -) 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

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

(R2.12)

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

健康太郎

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

腹痛

3 発病または
負傷年月日

令和 〇 年 〇 月 〇 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

1

1. 病気

(原因および経過)

宿泊先で腹痛があり現地の病院
にて診察を受け、薬を服用。

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

〇〇〇

□□□□△△△

〇〇〇〇

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

〇 〇 〇

から

〇 〇 〇

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

(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

50ドル

(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

内診を受け、薬の処方を受ける。

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 (〇 年 〇 月 〇 日 ~ 〇 年 〇 月 〇 日)

渡航目的

海外滞在の理由

仕事で出張