

健康保険 被保険者・家族

海外療養費 支給申請書

この申請書に併せて、下記の書類も必要です。

- ①診療内容明細書（和訳もご記入ください）
- ②領収明細書（和訳もご記入ください）
- ③領収書・明細書原本
- ④同意書（初めて申請する方はご提出ください）
- ⑤渡航期間の確認ができるパスポート等の写し（海外駐在員の方は不要です）

※診療内容を確認できるものがあれば写しをご提出ください。

※診療月・病院・個人・入院・外来・医科・歯科ごとに別々に申請書をご記入ください。

健保使用欄	受付年月日
受付 令和 年 月 分	
支払年月日 令和 年 月 日	
決裁年月日 令和 年 月 日	

※訂正する場合は二重線で抹消し、訂正印を押してください。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	記号	1	番号	123456	被保険者 氏名	住重 健太		
	事業所名 および所属	株式会社 住重健保 組合部							
	被保険者 住所	〒 141-xxxx 東京都品川区大崎x-x-x							
	受診者 氏名	受診者が家族(被扶養者)の場合は、続柄(長男、二男等)をご記入ください。 住重 康子 <input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 [妻] 生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 xx 年 xx 月 xx 日 <input type="checkbox"/> 令和					※健保使用欄		
	傷病名	続柄をご記入ください。 例：妻、長男、二男、父、養母等 インフルエンザB型							
	発病または 負傷年月日	令和 6 年 4 月 00 日	診療区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤					
	発病・負傷 の原因	家族が罹患したため		診療を 受けた期間	令和 6 年 4 月 00 日から ## 日間 令和 6 年 4 月 xx 日まで				
	診療を 受けた 医療機関等	名称	0000病院			医師氏名	00 00		
		所在地	xxxxxx xxxxxx. SINGAPORE			国名	シンガポール		
	仕事中、通勤途中 第三者行為によるものですか	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 「はい」の場合はご申請いただけません。							
	診療の内容	迅速検査、薬剤処方							
	海外で受診 した理由	海外駐在中のため		診療に 要した 費用の額	100.00 通貨単位 シンガポールドル				

私は下記の事業主を代理人と定め、当該給付金の受領方を委任します。

※事業所(会社)に在籍されている方のみご記入ください。事業所(会社)を退職されている方は記入不要。

委 任 状	被保険者 (申請者)	氏 名 (自署)	住重 健太	令和 6 年 5 月 xx 日	住重	※自署できない場合は捺印が必要です。
	代理人 (事業主)	所 在 地 名 称 氏 名	代理人印（事業所印）を押してください。			