

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	
決裁年月日 令和 年 月 日	
支払年月日 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	被保険者等 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名	
	事業所名 および所属				
	被保険者 住所	〒			
	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。			※健保使用欄
		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 ()	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	傷病名				
	発病または 負傷年月日	令和 年 月 日	診療区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤	
	発病・負傷 の原因		診療を 受けた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間
	診療を 受けた 医療機関等	名称	医師氏名		
		所在地	国名		
	仕事中、通勤途中 第三者行為によるものですか	<input 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				
	海外で受診 した理由		診療に 要した 費用の額	通貨単位	
	健保使用欄				

委 任 状	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。			
	被保険者 (申請者)	氏 名 (自署)	令和 年 月 日	
	代理人 (事業主)	所 在 地 所 名 称 氏 名	※自署できない場合は捺印が必要です。	