

健康保険

☐被保険者
☐家族

海外療養費支給申請書



※渡航目的が業務都合の場合は、事業主経由で提出ください。

<被保険者記入用>

3. 記入方法は、消すことのできない筆記用具を使用してください。

2. この太枠欄の訂正は二重線で抹消し、訂正印を押印してください。

1. 記入は、消すことのできない筆記用具を使用してください。

（修正液・修正テープ等での訂正は認められません。）

① 提出日	令和 年 月 日			
② 被保険者等	記号(3桁)	番号(6桁)		
③ マイナンバー	個人番号(12桁)		④ 事業所名 (会社名)	
⑤ 被保険者氏名	(フリガナ)		⑥ 生年月日 ☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 年 月 日	
⑦ 現住所				
⑧ 受診者氏名 (申請対象者)	(フリガナ)		⑨ 続柄 ⑩ 生年月日 ☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和 (歳)	
⑪ 傷病名			⑫ 発病または 負傷年月日 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和 年 月 日	
⑬ 発病または 負傷した原因	(どこで) (どのようにして)			
⑭ 第三者行為によるものですか	☐ いいえ ☐ はい	⑮ 業務上または通勤 途上での傷病ですか	☐ いいえ ☐ はい	
⑯ 受診した 医療機関	名称			
	住所			
⑰ 診療期間	外来	令和 年 月 日から (外来実日数)	⑱ 診療の内容	
		令和 年 月 日まで 日間		
	入院	令和 年 月 日から (入院日数)		
		令和 年 月 日まで 日間		
⑲ 診療に 要した費用	金額	通貨	国名	
⑳ 日本国内で 受診できなかった理由	☐ 海外駐在 (同行家族含む) ☐ 旅行			
	☐ 海外出張中 ☐ その他 (理由) →			
㉑ 委任状	※旅行・その他の場合は、海外渡航内容の確認できる書類の添付が必要です。「記入の手引き」をご覧ください。			
	本申請に基づく給付金の受領は事業主に委任します。 また、当健康保険組合が医療機関に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会を行うこと、および当該医療機関等が内容照会の回答をするに同意します。 令和 年 月 日 被保険者氏名			

(注) 輸血およびコルセット等治療用装具に関する申請の場合は、「医師の証明書」を添付してください。

◎渡航目的が業務都合の場合、事業主による内容確認をお願いします。

確認欄	☐	この届出について、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人 (被保険者) が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。	本件問合せ連絡先	
	☐	事業主が被保険者へ全額立替払いしている場合 当該給付金は、会社払いをお願いします。	担当者名	
			T E L	