

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者証の(右つめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	氏名	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和				
	住所	(〒 -)			都 道	府 県		
	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	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他()				本店 支店 出張所 本所 支所	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座 <input type="checkbox"/> 3. 別段 <input type="checkbox"/> 4. 通知	口座番号			左づめてご記入ください。	
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。)				口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人		

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	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
	代理人(口座名義人)	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)	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

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

 社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

(R4.10)

受付日付印

--

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

申請内容

1 受診者

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

3 発病または
負傷年月日

令和 年 月 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

1. 病気

(原因および経過)

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

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

から

まで

日数

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

(

)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

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 (年 月 日 ~ 年 月 日)
・渡航目的
海外滞在の理由