※海外勤務の方は事業所経由でご提出ください。

健康保険 海外療養費 支給申請書

被保険者情報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等 記号・番号 (枝番記入不要)				
	氏名 (フリガナ)		生年月日	☐ 昭和	年 月 日
	住所 (〒 -)			☐ 平成	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()			☐ 令和	
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は ☒)					

振込先指定口座	☐ 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 ☒ 利用しない場合は下記の欄を記入。)				
	<small>注① マイナポータル等で公金受取口座の事前登録をされていない方は下記へ口座をご記入下さい。(口座情報反映には登録から数日を要します) 注② 受取代理人(事業主への振込)を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。</small>				
	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	☐ 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号		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。)			口座名義の区分	
				☐ 1.被保険者 ☐ 2.代理人	

※受取代理は、事業主のみ可

受取代理人の欄	被保険者 (自署)	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
		氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	受取代理人 (口座名義人) ※事業主	住所 (〒 -) TEL ()	
		氏名・印 (フリガナ)	印

【添付書類】

- ・海外の医療機関で発行された「診療内容明細書」*様式A
⇒ 歯科の場合...「歯科診療内容明細書」*様式C
- ・海外の医療機関で発行された「領収明細書」*様式B
- ・上記2点の日本語訳 *様式A~C
- ・同意書 *様式D
- ・海外に渡航した事実が確認できる書類(パスポートの写し等)
- ・《ケガによる申請の場合》負傷原因届

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

(受付№)
<令和7年1月更新>

健康保険 海外療養費 支給申請書

被保険者氏名

申請内容 ※全項目記入必須	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）	(原因および経過) ☐ 1. 病気 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	から	年 月 日 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	から	年 月 日 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	(1) 受診者の海外渡航期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ※海外渡航期間が確認できる書類として、以下のいずれかの書類を添付してください。 ・パスポートの写し（①氏名、顔写真と②当該期間の出入国スタンプのページ） ・査証（ビザ）の写し（氏名と有効期限が記載されたもの） ・航空券の写し（eチケットの控えを含む） (2) 診療を受けた期間における海外渡航（滞在）の理由を選んでください。 ☐ 海外勤務（同行家族を含む） ☐ 旅行 ☐ 留学 ☐ その他 [_____]			