

健康保険 海外療養費 支給申請書

1

2

海

被保険者(申請者)記入用

※パスポートのコピー(①氏名・顔写真と②当該期間の出入国スタンプのページ)を添付してください。

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)			☐ 昭和		
				☐ 平成		
	氏名	(フリガナ)				
郵便物を受けと ることができる 住所	(〒	—	)	都 道 府 県		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	(	)			

振込先指定口座(日本にある口座)	公金受取 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☑を、利用しない場合は下記の欄を記入してください。)				
	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()			本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所	
	預金種別	☐ 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号		左づめで記入してください。	
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けて記入してください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字として記入してください。)			口座名義 の区分	☐ 1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入してください。

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
		氏名	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)	(〒	—	)	TEL	(	)
		住所	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に代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記、備考欄へ記入してください。
※申請書に被保険者証の記号・番号を記入せず、備考欄にマイナンバーを記入した場合、「個人番号カードの写し(両面)」又は「個人番号通知カード又は個人番号が付記された住民票」と「本人を確認できる書類(運転免許証又はパスポート等)の写し」の添付が必要となります。

備考欄

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

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

海

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 発病又は
負傷年月日

平成
令和

年 月 日

4 発病の原因及び経過
(詳しく)

☐

1. 病気

(原因および経過)

2. ケガ ➡ 「負傷原因報告書」を併せて提出してください。

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

6 診療を受けた期間

(令和) 年 月 日

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

から

年 月 日

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

までの

受診
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

入院
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(令和
・ 渡航目的
海外滞在の理由

年 月 日 ~ 令和 年 月 日)

負傷原因報告書

業務外			労災	
一般	第三	目損	業災	通災

被保険者(申請者) 記入用

※外傷性の傷病による場合、以下太枠内を記入の上、申請書に添付してください。

健康保険証(記号—番号)		被保険者氏名	受診者氏名	被保険者と受診者の続柄
				本人・家族()

負傷の原因について	【いつ】	令和 年 月 日(曜日) 午前・午後 時 分頃
	【その日は】	※被扶養者の方で、「パート」、「アルバイト」をしていない方はその他を選択し、()内に「学生」、「無職」等記入してください。 勤務日・公休日・会社の休日・私用で休み・その他() ↓(勤務日を選択の場合) 【就業時間】 午前・午後 時 分から 午前・午後 時 分まで
	【どこで(場所)】	会社内・作業現場内・就業場所移動中・出張中・通勤(帰宅)途中 自宅・私用の外出先・学校・その他()
	【何をしている時(何をしに行く時)】	※勤務中、昼休み中、スポーツ中、交通事故等、どのような経緯で負傷に至ったか具体的に記入してください。 ※負傷の原因が不明の場合、または負傷の事実が無い場合はその旨を記入してください。

令和 年 月 日 上記のとおり報告いたします。

被保険者氏名: _____

被保険者の住所: 〒 _____

記入者氏名: _____ 被保険者との続柄: _____

※記入者が被保険者の場合は省略可

日中の連絡先: Tel _____ (被保険者・記入者) (自宅・会社・携帯) _____

※この書類に記入された個人情報は健康保険組合が公表している使用目的以外に使用することはありません。

受付日付印

同意書 (Agreement of Authorization)

海外療養費支給申請書類にある事実(療養行為を行った日時、場所、療養内容等)を確認するため、申請書類の提供等によって、療養行為を行った者に照会を行い、当該者からその内容について情報提供を受けることに同意します。

【署名欄】

測量地質健康保険組合 殿

署名日： 年 月 日

●療養を受けた者(患者)の署名欄

患者氏名： _____

生年月日： _____ 年 月 日

住所： _____

※海外に居住している場合は、住所を国名から記入してください。

●被保険者(成年後見人・法定相続人)の署名欄

氏名： _____

※療養を受けた者(患者)と同じ場合には、「同上」と記入してください。

住所： _____