

|  |      |     |   |
|--|------|-----|---|
|  | 常務理事 | 事務長 | 係 |
|  |      |     |   |

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

(R3.4)

|                                                                                                      |                   |            |               |                             |   |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------|---------------|-----------------------------|---|---|
| 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<br>(右づめ)   |            |               | <input type="checkbox"/> 昭和 |   |   |
|                                                                                                      |                   |            |               | <input type="checkbox"/> 平成 |   |   |
|                                                                                                      |                   |            |               | <input type="checkbox"/> 令和 |   |   |
|                                                                                                      | 氏名                | (フリガナ)     | ※自筆署名の場合は捺印不要 |                             |   |   |
| 住所                                                                                                   | (〒      )         | 都 道<br>府 県 |               |                             |   |   |
| 電話番号<br>(日中の連絡先)                                                                                     | TEL      (      ) |            |               |                             |   |   |
| <input checked="" 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"/> ) |                   |            |               |                             |   |   |

|         |                |                                |                        |                         |
|---------|----------------|--------------------------------|------------------------|-------------------------|
| 受取代理人の欄 | 被保険者<br>(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<br>(口座名義人) | (〒      ) TEL      (      )    | 委任者と<br>代理人との<br>関係    |                         |
|         | 住所             | (フリガナ)                         |                        |                         |
|         | 氏名             |                                |                        |                         |

同意書

私は、貴組合が本申請の支給について関係諸機関に照会することに同意します。  
本件については、一切の異議・請求等申し立てをしません。  
なお、本書の写しも有効とします。

令和      年      月      日      氏名(自書) \_\_\_\_\_

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

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

年 月 日

2 傷病名

3 発病または  
負傷年月日

年 月 日

4 発病の原因および経過  
(詳しく)

☐

1. 病気

(発病時の状況)

2. ケガ

(負傷原因)

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

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

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

年 月 日 ~ 年 月 日

・渡航期間 ( )  
・渡航目的  
海外滞在の理由