

## 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

## 記入例

|                                                                  |                         |                            |                              |                                                                                                      |                      |  |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--|
| 被保険者(申請者)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<br>記号・番号<br>(左づめ) | 1 1                        | 1 1 1 1                      |                                                                                                      |                      |  |
|                                                                  | 氏名                      | (フリガナ) サノ タロウ<br>佐野 太郎     | 生年月日                         | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input checked="" type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日<br>5 7 0 1 0 1 |  |
|                                                                  | 住所                      | (〒 559 - 0011 ) 大阪 都 道 府 県 | 大阪市住之江区北加賀屋5-2-7             |                                                                                                      |                      |  |
| 電話番号<br>(日中の連絡先)                                                 | TEL 06 ( 6655 ) 0551    |                            |                              |                                                                                                      |                      |  |
| <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☑) |                         |                            |                              |                                                                                                      |                      |  |

|             |                                                                          |       |    |                 |                |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------|-------|----|-----------------|----------------|
| 委任状         | <input checked="" type="checkbox"/> 事業主 委任払いを利用する。(利用する場合は☑のうえ、下記の欄を記入。) |       |    |                 |                |
|             | 被保険者<br>氏名                                                               | 佐野 太郎 |    |                 | 印              |
|             | 代理人                                                                      | 事業主   | 住所 | (〒 530 - 6109 ) | 大阪市北区中之島3-3-23 |
| 事業主<br>代表者名 | サノヤスホールディングス株式会社<br>代表取締役社長 ○○ ○○○                                       |       |    | 印               |                |

|             |                                                                                                              |                                                                        |               |  |                 |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------|--|-----------------|
| 振込先<br>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☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。)<br>注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。 |                                                                        |               |  |                 |
|             | 金融機関<br>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                                                                                                         | 普通                                                                     | 口座番号<br>(左づめ) |  |                 |
|             | 口座名義<br>(カタカナ)                                                                                               | ▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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。 |               |  |                 |

支給決定額

円

「申請者記入用」は2ページに続きます。&gt;&gt;&gt;

受付日付印

|             |      |     |     |
|-------------|------|-----|-----|
| 回<br>覧<br>印 | 常務理事 | 事務長 | 担 当 |
|             |      |     |     |

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

佐野 太郎

申請内容

1 受診者

2

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

佐野 花子

生年月日

☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和

4 年 1 月 31 日

2 傷病名

骨折

3 発病または  
負傷年月日

令和 6 年 10 月 1 日

4 発病の原因および経過  
(詳しく)

2

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

ABCホスピタル

〇〇〇〇〇〇〇〇

〇〇 〇〇

中国

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

0 6 1 0 0 1

から

年 月 日

まで

日数

1 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

年 月 日

から

年 月 日

まで

日数

日

7 療養に要した費用の額

530

( 元 )

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 6 年 9 月 30 日 ~ 令和 6 年 10 月 3 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