

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(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	歳
	被保険者の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	氏名	(フリガナ)					
	住所	(〒	-)	都	道	府
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()				

「委任状」欄に日付を記入のうえ署名してください。

委任状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ※退職(予定)者も必ず署名してください。	令和	年	月	日
	氏名					

振込先指定口座	退職(予定)者又は法定相続人の方が申請する場合はご記入ください。					
	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()			本店 支店 出張所 本所 支所	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	<input type="text"/>	右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。)					
	<input type="text"/>					

「申請者・事業主記入用」は2ページに続きます。>>>

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(申請者)情報	記号	11	番号	123456	生年月日	年	月	日	
	被保険者の(右づめ)				<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	45	525	55	歳
					<input type="checkbox"/> 平成				
	氏名	(フリガナ)	ケンポ	タロウ					
		健保	太郎						
住所	(〒	〇〇〇	-	〇〇〇〇)	△△	都	道	△△市△△番△△号
						府	県		△△△マンション601
電話番号(日中の連絡先)	TEL	070	(0000)	1111			

「委任状」欄に日付を記入のうえ署名してください。

委任状	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ※退職(予定)者も必ず署名してください。	令和 7 年 9 月 7 日
	氏名	健保 太郎	

振込先指定口座	退職(予定)者又は法定相続人の方が申請する場合はご記入ください。			
	金融機関名称	〇〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 その他 ()	<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所
	預金種別	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	123456 右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。)			
	ケンポ° タロウ			

「申請者・事業主記入用」は2ページに続きます。>>>

受付日付印

健康保険 海外療養費 支給申請書

被保険者(申請者)・事業主記入用

申請内容	1 受診者	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		
	1 - ①受診した者の	氏名	健保 太郎	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 45 年 5 月 25 日
	2 傷病名	虫歯		3 発病または負傷年月日 令和 7 年 5 月 1 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)	歯の痛み	
		2. ケガ (原因および経過)		
	5 診療を受けた期間	(令和)	7 年 7 月 10 日 から 7 年 7 月 11 日	日数 2 日
	5 - 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	日数 日
6 療養に要した費用の額	350 (アメリカドル)通貨単位を記入してください。(例:アメリカドル)			
7 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。 <input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ ↓ 海外在住の理由 海外赴任 ・渡航期間 (年 月 日 ~ 年 月 日) ・渡航目的 海外滞在の理由			

事業主記入欄

事業主記入欄
 ※被保険者は記入しないでください。