

健康保険 被保険者 海外療養費支給申請書
被扶養者

事業所	健保		
担当	担当	事務長	常務理事

※申請書は、各月毎、入院・入院外毎にご記入ください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	提出日	令和	年	月	日	<input 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)							
	保険証の記号 - 番号		被保険者の所属・氏名		(フリガナ)								
	-				○								
	被保険者の生年月日			年齢	被保険者の住所								
	昭和 平成 令和			年	月	日	歳	〒					
				歳	電話 () -								
	療養が被扶養者 に関するときは、 その方の		(フリガナ)	続柄		生年月日		年齢					
			氏名			昭和 平成 令和		年	月	日	歳		
	傷病名				発症又は負傷年月日 (療養開始日)		令和 年 月 日						
	治療の内容 (処方、手術等の概要)						第三者行為によるものですか 0 : いいえ 1 : はい						
	診療を受けた 病院等の		名称										
			所在地										
	診療の期間 (支給期間)		自	年	月	日	日数	入院外 入院の別	入院の場合左記の入院期間				
			至	年	月	日	日	入院外 入院	自：令和	年	月	日	日間
			至	年	月	日			至：令和	年	月	日	
受けた療養に対し 病院等で支払った額 および通貨・国名		金額						現地での保険給付はありましたか 0 : いいえ 1 : はい					
		通貨											
		国名											
私は、貴組合が医療機関等に対して、療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会を行うこと また当該医療機関等が内容照会の回答をすることに同意します。 被保険者氏名													
受取代理人の欄		本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人(事業所の事業主)に委任します。											
		受取方法		代理人									
		<input type="checkbox"/> 給与振込		(事業所名)									
健 保 記 入 欄	処理月	申請医療費額	決定医療費	レート	決定医療費 <円換算>	支給決定額(小数点以下切捨て) <決定医療費×0.7>							
	備考												

- ※ 「領収書(原紙)」と「診療内容明細書(様式A)」および「領収明細書(様式)」を添付してください
- ※ 為替レートについては、処理日前日のレート(TTS)を使用します。
- ※ 必要に応じて、パスポートの写し等の追加提出をお願いすることがあります。
- ※ 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、上部余白へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

支払印