

被保険者(申請者)記入用

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

☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和

年 月 日

2 傷病名

3 発病または
負傷年月日

令和 年 月 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)☐

1. 病気

2.

(原因および経過)

5 診療を受けた医療機関等の

→ 傷病原因届を併せてご提出ください。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

(令和) 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

(令和) 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

(1) 受診者の海外渡航期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 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・出張(同行家族を含む)
- ☐ 旅行
- ☐ 留学
- ☐ その他

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

ご本人の記入例

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 記号・番号 (左づめ)	1	1 2 3 4 5	記号・番号が分からない場合のみ マイナンバーを記入して下さい。	
	氏名	(フリガナ) ヤマダ タロウ 山田 太郎	生年月日		☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和
	住所	(〒 231 - 0000) 神奈川県 横浜市中区●●町1-2			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 045 (224) 1234				
☒ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)					

振込先指定口座	退職した方のみ記入して下さい。 (こちらに記入する場合、名義区分は 1.申請者にして下さい) ※公金口座受取払いは支払日まで日数がかかります。	
	退職した方のみ記入して下さい。	口座名義 の区分 2 1. 申請者 2. 代理人

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	氏名	山田 太郎	住所	「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	令和 6 年 12 月 2 日
		TEL	()			委任者と 代理人との 関係 雇用主

口座名義区分を2と書いた方のみ
記入して下さい。

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

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

山田 太郎

申請内容

1 受診者

1

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

急性咽頭炎

3 発病または
負傷年月日

令和 6 年 12 月 2 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

1

1. 病気

経過良好

(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

●●MEDICAL Manhattan

●●●Madison Ave, Fl ●●
New York, NY10017

Tom ●●●●●

アメリカ

名称

所在地

診療した医師等の氏名

2ヵ所以上又は受診月が違う場合は、
2ページ目のみ、枚数増やして記入してください。

6 診療を受けた期間

6 1 2 2

から

6 1 2 2

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

から

まで

日数

日

7 療養に要した費用の額

108,080円

(772ドル) 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

内診と薬の処方

9 受診者の情報

(1) 受診者の海外渡航期間 令和 6 年 1 2 月 1 日 ~ 令和 6 年 1 2 月 6 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・出張(同行家族を含む)☒ 旅行☐ 留学☐ その他

添付資料

① 領収書原本

③ 海外療養費調査に関わる同意書

⑤ 海外領収明細書

② パスポート顔写真ページと当該期間の出入国スタンプページ写し

④ 海外診療内容明細書か海外歯科診療内容明細書

⑥ ④と⑤の日本語訳

ご家族の記入例

被保険者様(社員様)のお名前を
記入して下さい。

退職した方のみ記入して下さい。

□座名義区分を2と書いた方のみ
記入して下さい。

受付目付印

健康保険 海外療養費 支給申請書

1

2

被保険者様(社員様)のお名前を
記入して下さい。

被保険者氏名

山田 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

山田 華子

生年月日

☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和

39 年 7 月 1 日

2 傷病名

急性咽頭炎

3 発病または
負傷年月日

令和 6 年 12 月 2 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

1

1. 病気

経過良好

(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

●●MEDICAL Manhattan

●●●Madison Ave, Fl ●●
New York, NY10017

Tom ●●●●●

アメリカ

名称

所在地

診療した医師等の氏名

2ヵ所以上又は受診月が違う場合は、
2ページ目のみ、枚数増やして記入してください。

6 診療を受けた期間

6 1 2 2

から

6 1 2 2

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
から年 月 日
まで

日数

日

7 療養に要した費用の額

108,080円

(772ドル) 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

内診と薬の処方

9 受診者の情報

(1) 受診者の海外渡航期間 令和 6 年 1 2 月 1 日 ~ 令和 6 年 1 2 月 6 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・出張(同行家族を含む)☒ 旅行☐ 留学☐ その他

添付資料

① 領収書原本

③ 海外療養費調査に関わる同意書

⑤ 海外領収明細書

② パスポート顔写真ページと当該期間の出入国スタンプページ写し

④ 海外診療内容明細書か海外歯科診療内容明細書

⑥ ④と⑤の日本語訳