

健康保険 海外療養費 支給申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者証の記号 番号	事業所の名称	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、下記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。			
	氏名 (フリガナ)	生年月日		年	月	日
	住所 電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	(〒 -)	都 道 府 県	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者) →	氏名	生年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	2 傷病名	4 負傷・発病の原因		<input type="checkbox"/> ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。 <input type="checkbox"/> 病気 → 下記に発病の原因を記載ください。		
	3 負傷または発病年月日	令和 年 月 日				
	5 診療を受けた医療機関等の	国名	名称	所在地	医師等の氏名	
	6 診療を受けた期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日数	日		
	上記のうち入院期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日数	日		
	7 診療の内容	8 療養に要した費用の額 () 内に通貨単位も記入してください () (例: アメリカドル)				
	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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	渡航期間 (年 月 日 ~ 年 月 日) 渡航目的 海外滞在の理由		
				海外在住の理由		

振込先指定口座	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 三菱UFJ銀行 (口座をお持ちの方はご協力ください)	金融機関コード		支店コード	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他 ()	口座番号		口座名義	(フリガナ)

被保険者(申請者)以外の口座へ振込希望の場合のみ左記「受取代理人の欄」へご記入ください。

受取代理人の欄	被保険者(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
	代理人(口座名義人)	氏名 (フリガナ)	住所 上記住所欄と同じ
		氏名 住所 (〒 -) TEL ()	委任者と代理人との関係

受付日付印

添付書類	1	◆様式A: 診療内容明細書(医科の場合) ◆様式C: 歯科診療内容明細書(歯科の場合)	6	◆受診者の海外渡航期間が確認できる書類 ※受診期間における渡航の事実を確認させていただくため、以下のいずれかを添付してください。 <input type="checkbox"/> パスポートのコピー (①氏名・顔写真と②当該期間の出入国スタンプのページ) <input type="checkbox"/> 査証(ビザ)のコピー(氏名と有効期限が記載されたもの) <input type="checkbox"/> 航空チケットのコピー(eチケット控えを含む) <input type="checkbox"/> 会社業務命令により海外勤務等を行う被保険者からの申請の場合は、事業主の証明書。	
	2	◆様式B: 領収明細書		3	◆領収書原本
	4	◆様式AまたはC及びBの日本語訳 ※翻訳文には、翻訳者が署名し、住所および電話番号を明記してください。			
	5	◆同意書 ※具体的な診療内容について、診療等を受けた医療機関に照会する必要があるため、療養を受けた方の同意書を添付してください。			

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

大阪装粧健康保険組合 (R3.4)