

# 海外療養費 支給申請書

1

2

ページ

海

被保険者記入用

記入方法および添付書類等については、「海外療養費 支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。

被保険者情報	保険者番号	<input type="text"/>	保険者名称	全国健康保険協会 <input type="text"/> 支部	保険者番号、名称は資格情報のお知らせの下部に記載されています。
	記号・番号	記号(左づめ) <input type="text"/>	番号(左づめ) <input type="text"/>	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 <input type="text"/>
	個人番号 (マイナンバー)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	左上の「記号・番号」欄へ記入した場合は、個人番号(マイナンバー)は記入しないでください。 記入された場合は、本人確認等の添付が必要です。
	氏名	(フリガナ) _____			
	日本国内で郵便物を受けとることができる住所 電話番号 (日中の連絡先)	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	都 道 府 県 <input type="text"/>	TEL <input type="text"/> ( <input type="text"/> )	

振込先指定口座(日本にある口座)	公金受取口座の利用について	<input type="checkbox"/> 1. 希望する <input type="checkbox"/> 2. 希望しない	「1」を選択された場合は、事前にマイナポータル等にて公金受取口座として登録した金融機関の口座へお振込みしますので、以下の振込先情報のご記入は <b>不要</b> です。ただし、公金受取口座は、被保険者本人の口座のみとなりますので、受取代理を利用される場合は、「2」を選択し、代理人口座をご記載ください。		
	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協			本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 営業部 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 4. 通知	口座番号	<input type="text"/>	左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。)			口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入してください。

受取代理人の欄	被保険者	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。	<input type="checkbox"/> 1. 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 2. 令和
	代理人 (口座名義人)	氏名 _____ 住所 _____ (フリガナ) _____ 氏名 _____	住所 入力した被保険者住所と同じ
		(〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> ) TEL <input type="text"/> ( <input type="text"/> )	被保険者との関係

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

様式番号

協会使用欄

受付日付印

(2026.6)

# 海外療養費 支給申請書

1

2

ページ

被保険者記入用

被保険者氏名

申請内容	① 受診者	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	② 傷病名		③ 発病または 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	④ 発病の原因および経過 (詳しく)	<input type="checkbox"/> 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情報	医療機関名	所在地	診療した医師等の氏名
	国名	医療機関名	所在地	診療した医師等の氏名
	⑥ 診療を受けた期間	<input type="checkbox"/> 1.平成 年 月 日から 2.令和	<input type="checkbox"/> 1.平成 年 月 日まで 2.令和	日数 日
	⑥-① 上記の期間に 入院していた場合は、 その期間	<input type="checkbox"/> 1.平成 年 月 日から 2.令和	<input type="checkbox"/> 1.平成 年 月 日まで 2.令和	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 ( <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ~ <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ) ※申請書に添付していただいた受診者の海外渡航期間が確認できる書類に☑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チケットの控え含む)  (2)診療を受けた期間における海外渡航(滞在)の理由について、該当箇所に☑をしてください。 その他の場合は具体的にご記入ください。 <input type="checkbox"/> 海外勤務(同行家族を含む) <input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> 留学  <input type="checkbox"/> その他 (理由) <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>			

様式番号

6 6 1 2 2 5

©