



海外療養費 支給申請書

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	□□□□□□□□		保険者名称	全 国 健 康 保 險 協 会 □□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(左づめ)	番号(左づめ)		生年月日	年 月 日				
	記号・番号	□□□□□□□□		□ 昭和 □ 平成 □ 令和	□□□□□□				
	個人番号 (マイナンバー)	□□□□□		□□□□□		□□□□□		記号・番号をご記入(印字)された場合は個人番号(マイナンバー)のご記入は必要ありません。(記入(印字)された場合は本人確認書類等の添付が必要になります。)	
	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 (日中の連絡先)	(〒 -)		都 道 府 県						
電話番号 (日中の連絡先)	TEL () -								

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不要です。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、受取代理を希望する場合は電子申請サービス画面上に受取代理人の口座情報をご入力ください。					
	また、以下の「口座名義」、「口座名義の区分」、「受取代理人の欄」をご記入のうえ、添付書類アップロード画面にアップロードしてください。	受取代理人を希望しない場合は、このページはアップロード不要です。						
預金種別	<input type="checkbox"/> 1.普通 <input type="checkbox"/> 2.当座 <input type="checkbox"/> 3.別段 <input type="checkbox"/> 4.通知	口座番号	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(ー)、半濁点(ー)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
	氏名							住所 入力した被保険者住所と同じ
代理人 (口座名義人)	(〒 -) TEL ()						被保険者との関係	
	住所							
	(フリガナ)							
	氏名							

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	受付日付印
-------------------	-------

様式番号	協会使用欄			
6 6 1 1 2 6	1	□	□□	□

④

海外療養費 支給申請書

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 <input type="checkbox"/> 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)		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 国名		医療機関名 所在地 診療した医師等の氏名
		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 上記の期間に ⑥-① 入院していた場合は、 その期間		1. 平成 年 月 日から 2. 令和 年 月 日まで 1. 平成 年 月 日から 2. 令和 年 月 日まで 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		<p>(1)受診者の海外渡航期間 (<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 ~ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日)</p> <p>※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。</p> <p><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)</p> <p>(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。</p> <p><input type="checkbox"/> 海外勤務(同行家族を含む) <input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> 留学</p> <p>(理由)</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p>

様式番号

6 6 1 2 2 5

(e)



全国健康保険協会

協会けんぽ