

療養費支給申請書 記入例（海外で診療を受けた場合）

全国信用保証協会 健康保険組合 | 業務課 03-5542-8058

健康保険
被保険者
家族
海外療養費 支給申請書

1
被保険者情報

被保険者等
記号・番号

記号 987
番号 654321

氏名

(フリガナ) ケンボ タロウ
健保 太郎 (押印不要)

住所

〒 110- 0000 東京都中央区〇〇
1-2-3 □□マンション×××号

事業所名称

〇〇〇信用保証協会

生年月日

昭・平・令 〇〇 年 〇 月 〇 日

電話番号
(日中の連絡先)

090 (1234)〇〇〇〇

提出委任

☐ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。
(事業主経由(依頼)する場合は✓)

2

振込先

金融機関名称

〇〇〇〇
△△△△

口座名義
(カタカナで記入)

ケンボ タロウ

公金受取口座

☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は、上記の口座情報の記入は不要です。)

3

預金種別

銀行 金庫・信託
農協・その他 ()
支店 本店・出張所
その他 ()

預金種別

普通・当座・その他 ()

口座番号

1234567

口座名義区分

☒ 被保険者(申請者) ☐ 代理人

4

委任状

被保険者
(申請者)

本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。
氏名
令和 年 月 日

代理人
(口座名義人)

住所
氏名
被保険者との関係 ()

5

申請内容

受診者(どちらかに✓)

☐ 被保険者 ☒ 家族(被扶養者)

家族の場合はその方の

氏名 健保 花子 生年月日 昭・平・令 〇〇 年 〇 月 〇 日 続柄(長女)

傷病名

捻挫

発病又は負傷年月日
(療養開始日)

平・令 〇 年 8 月 2 日

発病又は負傷の原因及びその経過
(けがの場合は、どこでどのように負傷されたか)

原因 海外旅行中に段差につまづいて捻ってしまった
経過 良好

7
診療を受けた病院等

名称

〇〇〇〇〇〇〇〇

所在地

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

診療した医師の氏名

〇〇 〇〇

診療期間(支給期間)

平・令 〇 年 8 月 2 日 から 平・令 〇 年 8 月 7 日 まで (日数 2 日)

上記期間に入院していた場合はその期間

平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで (日数 日)

療養に要した費用

×,××× 円

診療の内容

検査を受け湿布を処方された

療養の給付を受ける
ことができなかった理由

海外で治療を受けたため

6

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

マイナナンバー記入欄(被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナナンバーを記入した場合、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。

8

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

1 記号・番号は「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書（保険証）」に記載されています。

2 家族（被扶養者）が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。
被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。
（住所、振込先口座も同様です。）

3 マイナナンバーとともに国に登録している公金受取口座を振込先にする場合は ✓ を付けてください。
（被扶養者でない方や受取代理人は、公金受取口座を振込先に指定できません。）
注：マイナポータル等で口座情報を登録・変更した場合、情報が反映されるまでに数日を要します。

4 口座名義が被保険者（申請者）と異なる場合は、「委任状」欄の記入が必要です。
なお、代理人（口座名義人）が当組合の加入員でないときは、続柄のわかる書類（戸籍謄本、住民票など）の添付が必要となります。

5 「はい」と答えた場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。
詳しくは、当組合（右上の電話番号）にお問い合わせください。

6 受診者が家族（被扶養者）の場合は、氏名、生年月日、戸籍上の被保険者との続柄をご記入ください。

7 医療機関名等をご記入ください。なお、薬剤に係る申請は、その薬局の名称等をご記入ください。
医師氏名、薬剤師氏名が不明の場合は空欄としてください。

8 1の被保険者等記号・番号を記入した場合、マイナナンバーの記入は不要です。

* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

	添付書類 1（診療を受けた現地の担当医の証明）	添付書類 2（共通）
医 科	① 様式 A 「診療内容明細書」及び 様式 B 「領収明細書」 ② 様式 A 及び様式 B の日本語翻訳	③ 領収書の原本 ▷ 診療に要した費用の全額を自己負担している ことが確認できるもの ④ 海外に渡航した事実が確認できる書類 ▷ パスポート等の写し（出入国がわかるもの）
歯 科	① 様式 C 「歯科診療内容明細書（領収明細書）」 ② 様式 C の日本語翻訳	⑤ 調査に関する同意書

注：この申請書を事業所（事業主）経由で提出される場合は、「被保険者情報」欄の「提出委任」に ✓ を付けてください。