

II 海外受診 健康保険 本人・家族 療養費 一部負担還元金 支給申請書



(訂正する場合は申請者が二重線で抹消し正しい内容を記入してください。申請者以外の方による訂正は認められません)

被保険者(申請者)	① 被保険者等 記号・番号 <small>※当組合の記号・番号</small>	記号	番号	② 被保険者 (申請者)の 氏名 生年月日	(フリガナ) 昭・平・令 年 月 日
	③ 被保険者 (申請者)の 現住所	〒			日中連絡のとれる電話番号 自宅 - - 携帯 - -
	④ 事業所名称	<small>※本人(被保険者)が勤務している事業所名称をご記入ください</small>			

申請内容	⑤ 診療を受けた方 の氏名	⑥ 診療を受けた方 の生年月日	昭・平・令 年 月 日	⑦ 被保険者 続柄 <small>(本人・妻等)</small>
	⑧ 診療区分 <small>※該当区分に○</small>	外来・外来と調剤・入院	⑨ 診療内容 <small>(診察・投薬等)</small>	
	⑩ 診療に要した 費用の額	<small>※現地の通貨単位でご記入ください</small>	⑪ 傷病名	
	⑫ 診療を受けた 医療機関名		⑬ 診療を受けた医療 機関の所在地	<small>※国名からご記入ください</small>
	⑭ 診療を受けた 期間	<small>※月をまたいで記入しないでください。申請書は「受診者別、月別、医療機関別、入院・外来・歯科別」で提出が必要です</small> 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 計 日間		
	⑮ 渡航期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 計 日間		
⑯ 申請理由 <small>※該当番号・項目に○</small>	<small>※海外で治療を受けることを目的に渡航した場合の医療費は健康保険の対象外です。海外療養費を申請することはできません</small> 1. 一時的な(旅行・帰省・出張)時に急な病気やケガで現地の医療機関を受診したため 2. (出向・留学・())で現地在住または長期滞在時に病気やケガで受診したため 3. その他()			

疾病・ 負傷原因	⑰ 原因 <small>※該当番号に○</small>	1. 病気 2. 外傷(自損・交通事故・暴行、傷害) 3. その他()			
	⑱ 「2.外傷」に 該当する方は 具体的な状況 と☑を記入	発病・負傷年月日	令和 年 月 日 (ケガのとき: 午前・午後 時頃に負傷)・病気等で発病年月日が不詳		
	⑲ 「2.外傷」に 該当する方は 具体的な状況 と☑を記入	負傷場所(どこで)	(例 自宅/ 学校/ 公園/ サッカー場で 等)		
		負傷した状況	(例 自宅階段から転倒し負傷/ サッカーの練習中に負傷 等)		
		第三者行為の確認	<input type="checkbox"/> 相手がいない <input type="checkbox"/> 相手がいる ※1	労災の確認	<input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> 労災 ※2

※1 原因が交通事故・傷害等で「相手がいる」場合、別途「第三者の行為による傷病届」等が必要です。該当する方は別紙「申請の手引き」をご確認ください。

※2 仕事中、通勤・退勤途中の原因による病気やケガは労災保険給付の対象となるため当組合へ申請することはできません。勤務先へお問合せ下さい。

添付書類	⑳ 添付書類を 忘れずに 同封ください <small>※用意したら☑を記入</small>	医科受診の方	<input type="checkbox"/> 領収書と和訳(フリーフォーマット)(原本) <input type="checkbox"/> 診療内容明細書(様式A)と和訳(原本) <input type="checkbox"/> 領収明細書(様式B)と和訳(原本) <input type="checkbox"/> 同意書(原本) <input type="checkbox"/> 航空チケットやパスポートのコピー	歯科受診の方	<input type="checkbox"/> 領収書と和訳(フリーフォーマット)(原本) <input type="checkbox"/> 歯科診療内容明細書(様式C)(原本) <input type="checkbox"/> 同意書(原本) <input type="checkbox"/> 航空チケットやパスポートのコピー
------	--	--------	---	--------	---

※添付書類に関する詳細は「申請の手引き」をご確認ください。

給付金振込先選択欄 ※希望する振込先に☑をご記入ください			被保険者等記号・番号を記入せずにマイナンバーにより申請する方は下欄へ記入し、個人番号および本人確認書類を添付してください。
<input type="checkbox"/> 会社振込 勤務先の「給付金専用口座」 への振込を希望します。	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 個人(申請者)口座 被保険者(申請者)の「個人口座」 への振込を希望します。	(12桁)

個人(申請者)口座を選択した方のみ下記を記入

支払金融機関	銀行・農協 信金・信組	本店 支店	預金種別 普通・当座
	金融機関コード	店番号 (ゆうちょ銀行の場合は5ケタの通帳記号)	
	口座番号 (ゆうちょ銀行の場合 は8ケタの通帳番号)	フリガナ	
		口座名義	

(2026年5月) 受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--