

記入例

1 本人または家族に○をして下さい。

2 領収書に記載されている金額を記入して下さい。

3 外傷性の怪我の場合は、
・いつ
・どこで
・どのような状況で
負傷されたのか具体的に記入して下さい。

※ 申請書は月別、入院・外来別に作成して下さい。

II 海外受診		健康保険 本人 療養費 一部負担還元金 支給申請書		家族 療養費付加金	
① 健康保険証の記号と番号	記号 番号	② 被保険者氏名 (請求者) 生年月日	(フリガナ) ジョウホウ シロウ	③ 情報 二郎	
④ 被保険者 (請求者) の現住所	〒102-XXXXX	千代田区0003-3-303	日中連絡のとれる電話番号	自宅	XX-XXXX-XXXX
⑤ 勤務先会社名	(株)000				
⑥ 家族が療養を受けた場合はその方の	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日	被保険者との続柄	
⑦ 傷病名	急性気管支炎		⑧ 発病または負傷年月日	平 令 XX 年 XX 月 XX 日	
⑨ 診療を受けた病院等の名称	000ホスピタル		所在地	※国名から記入 アメリカ合衆国 ニューヨーク州000	
⑩ 診療の内容	診察、投薬		⑪ 診療に要した費用の額	2 XXX ドル	
			⑫ 診療区分	入院 ・ 外来	
⑬ 発病の原因及びその経過	3 原因不詳、経過良好				
⑭ 診療を受けた期間	平 令 27 年 7 月 6 日 から 平 令 27 年 7 月 6 日 まで 1 日間 入院の場合、入院期間 平 令 年 月 日 から 平 令 年 月 日 まで 日間				
⑮ 業務上または通勤途上によるものですか	はい ・ いいえ		⑯ 他人の行為によるものですか	※ はい ・ いいえ	
⑰ 渡航期間	平 令 27 年 7 月 1 日 から 平 令 27 年 7 月 7 日 まで 7 日間				
⑱ 渡航目的 (該当する項目に○)	旅行 ・ 出張、出向 ・ その他 ()				

※⑯で「はい」と回答された場合は「第三者行為による傷病届」をご提出いただく場合があります。

在職の皆様には事業所(会社)経由での給付金の受け取りにご協力いただいております。
支払金融機関欄は記入せずに委任状欄のみ記入してください。
退職者等で被保険者(請求者)の個人口座に受け取りを希望する場合は、支払金融機関欄を記入し委任状欄は記入しないでください。

受付日付印

委任状 給付金 受取先	私は下記の者に療養費の受領を委任します。		令和 XX 年 X 月 X 日
	被保険者 (請求者)	住所	千代田区0003-3-303
		氏名	情報 二郎
	① 事業主の選定した保険給付金受領代理人 ※(1)、(2)いずれかを○で囲んでください。 (2) (1)以外の代理人(下記に代理人の住所・氏名、下欄の支払金融機関に記入)		
	住所	代理人	氏名
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

マイナンバーにより申請される方は下記へ記入してください。
マイナンバーを記入する場合、個人番号及び本人確認するための添付書類が必要です。

添付書類について

■ 医科で受診したとき	① 診療内容明細書 (様式A) ② 領収明細書 (様式B) ③ 領収書の原本 ④ 「①～③」に対する翻訳文 ⑤ 海外の医療機関に対して照会を行うことの同意書 ⑥ パスポート (写) または航空券 (写)
■ 歯科で受診したとき	① 歯科診療内容明細書 (様式C) ② 領収書の原本 ③ 領収書の翻訳文 ④ 海外の医療機関に対して照会を行うことの同意書 ⑤ パスポート (写) または航空券 (写)

※申請にあたっては、別紙「海外療養費を申請する際の注意事項」をご参照ください。