

# 健康保険 海外療養費支給申請書

常務理事	事務長	担当
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

令和 5 年 3 月 1 日提出



被保険者情報	事業所	住吉工場
	住所電話番号	〒 000 - 0000 ■■■県■■■市■■■区■■■町●-●-● TEL: 090 ( 1234 ) 5678
	記号番号	●● - ●●●●●●
	氏名	栗本 空

被保険者証に記載している  
記号番号を記入してください

療養対象者情報 被保険者記入欄	氏名	栗本 空	続柄	本人	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	
	傷病名	胃炎			発病または 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	年	月	日	
	発病または 負傷の原因	不詳								
	傷病の経過	投薬後、鎮静化した								
	医療機関 名称	●●●●●●●●●●	診療の 内容	血液検査・投薬						
	所在地	▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲								
	医師氏名	■■■■■								
	診療を 受けた期間	令和 0 4 1 2 2 4 ~ 令和 0 4 1 2 2 5	まで	2	日間	診療に 要した費用	180	通貨	\$	
	※退職された方で任意継続の資格取得をされない方のみご記入ください									
	振込先 指定口座	銀行	支店	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	口座番号				
口座名義										

※注意事項

- 診療報酬明細書(レセプト)および領収書(原本)を添付してください。
- パスポートまたは旅券等、海外に渡航したことが確認できる書類のコピーを添付してください。
- 様式A、様式B、歯科の場合は様式Cをそれぞれ邦訳して提出してください。
- 医療機関別、入院・外来別、受診者別、ひと月ごとに1枚申請してください。

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

必ず確認の上 チェック!

被保険者確認欄	事業主確認欄
この届出について、以下の要件を満たしたものである <input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人(被保険者)が作成した 或いは 記載内容に誤りがないか申請者本人が確認している <input checked="" type="checkbox"/> 海外療養費の受領方を事業主に委任する (必ずチェック願います)	この届出について、以下の要件を満たしたものである <input checked="" type="checkbox"/> 事業主が記載内容に誤りがないか確認している

必ず確認の上 チェック!

※健保記入欄

支給決定金額

円