

健康保険 被保険者 療養費 (海外療養) 支給申請書

下記の通り請求します。なお、給付金の受取については事業主に委任します。(任意継続・特例退職は除く)					
被保険者証 記号・番号	被保険者 氏名	事業所 名称	所 属		
999 — 99999	健保 太郎 <small>被保険者自ら記入(自署)する場合押印は不要です</small>	〇〇〇株式会社	〇〇〇部〇〇課		
被保険者住所	〒538-**** 大阪府大阪市〇〇区〇〇1-1-1	備考欄 ※1			
療養を受けた者の氏名	健保 太郎	被保険者との続柄	本人	生年月日	昭和 平成 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
傷病名	急性胃腸炎	発病または負傷年月日	平成 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
発病または負傷の原因 (できるだけ詳しく)	※負傷の原因などを記入してください。 (いつ、どこで、どのように)	外傷の場合記入	<input type="checkbox"/> 第三者の行為によるもの <input type="checkbox"/> 業務上	<input type="checkbox"/> 通勤途上 <input checked="" type="checkbox"/> いずれでもない	
診療の内容	点滴後、投薬処方を受けた。	療養を受けた者の渡航目的	<input checked="" type="checkbox"/> 業務命令による海外勤務等 または 被保険者の海外勤務等に帯同 <input type="checkbox"/> 上記以外(旅行・留学等)		
医療を受けた病院等 名称	〇〇 MEDICAL CLINIC	所在地	2010 SOUTH ARLINGTON		
医療を受けた期間	(自)平成(令和) 〇年 〇〇月 〇〇日	(至)平成(令和) 〇年 〇〇月 〇〇日	3日間		
医療に要した費用	※実際に支払った現地の通貨での金額を記入して下さい 500ドル	医療を受けた国	アメリカ		

海外勤務者および帯同家族の場合

証 明 業 主 が と こ ろ	療養を受けた者の氏名	渡航を開始した日	平成 令和	年	月	日
	上記の者は海外療養を受けた日において、業務命令による海外勤務等を行う者またはそれに帯同する家族であったことを証明する。					
	事業主記入欄 令和 年 月 日 事業所の名称 事業主の氏名 <small>印</small>					

所 属	課 長	係 長	係

※1 個人番号を記入する場合は、備考に記入してください。なお被保険者証の記号番号を記入した場合は、個人番号の記入は不要です。
個人番号を記入する場合は、番号確認および身元確認をおこないますので、個人番号カードか個人番号通知カードおよび写真つき身分証明書(保有していない場合は住所氏名が記載された公的書類を2つ以上)を申請者が健保に直接持参してください。

健 保 使 用 欄				
備 考 欄	本 家 区 分	入 外 区 分	受 診 年 月 日	年 齢
	本・家	入・外	年 月 日	
	疾病番号	: (入院・外来) 1日あたり 点		
	レート	= (: 現在)		
計 算 欄	療 養 費	付 加 給 付 金	高 額 療 養 費	
	決 定 額	円	円	円

受 付 印

