

療養費支給申請書 記入例（海外で診療を受けた場合）

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書		立替払・治療用具
被保険者情報	1 被保険者証 記号 987 番号 654321 生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 平・令 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	
	2 氏名・印 (フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎 <input checked="" type="checkbox"/> 印	<small>— 自署の場合は押印を省略できます。ただし、受領を代理人に委任する場合は委任状と同じ印を押印ください。</small>
	住所 〒 110-0000 東京 <input checked="" type="checkbox"/> 都府 <input type="checkbox"/> 県 墨田区 <input type="checkbox"/> 〇〇 X-X	
	□□ マンション XXX 号 電話番号 (日中の連絡先) 090 (1234) 〇〇〇〇	
事業所名称 (株)〇〇〇〇	提出委任 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/>)	

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

振込先	金融機関名称 〇〇〇〇 <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫・信託 <input type="checkbox"/> 農協・その他()	預金種別 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座・その他()
	△△△△ <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 本店・出張所 <input type="checkbox"/> その他()	口座番号 1234567
口座名義 (カタカナで記入)	ケンボ タロウ	口座名義区分 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 申請者・代理人

委任状	4 口座名義が代理人の場合にご記入ください。代理人は、被保険者とは別の印を必ず押印ください。	被保険者(申請者) 氏名・印 <input checked="" type="checkbox"/> 印	本申請に基づき給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日
	代理人(口座名義人) 氏名・印 <input checked="" type="checkbox"/> 印	住所	被保険者との関係()

申請内容	6 受診者(どちらかに <input checked="" type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(被扶養者) <input checked="" type="checkbox"/> 第三者行為によるものですか ※ はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	家族の場合はその方の 氏名 健保 花子 生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 〇月 <input type="checkbox"/> 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) <input checked="" type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 8月 <input type="checkbox"/> 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挫してしまった 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 診療した医師の氏名 〇〇 〇〇
	診療期間(支給期間) <input checked="" type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 8月 <input type="checkbox"/> 2日から <input checked="" type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 8月 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日から <input checked="" type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日まで (日数 日)
療養に要した費用 X,XXX 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	

※ 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。

受付日付印

マイナンバー記入欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

3 マイ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。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄 印

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください。)

- 1 被保険者証の記号及び番号は、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 被保険者(申請者)本人の自署の場合は、押印を省略できます。ただし、給付金の受取りを代理人に委任するときは、必ず押印してください。
- 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。被保険者(申請者)、代理人(口座名義人)の印もれにご注意ください。また、代理人(口座名義人)の印は、被保険者(申請者)の印とは別のものをご使用ください。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、住民票などの原本)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の被保険者証の記号及び番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

	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
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	▷ パスポート等の写し(出入国がわかるもの) 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。