

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 家族 療養費 支給申請書		立替払・治療用器具	
1 健康保険の記号	987	番号	654321
2 氏名・印	ケンポ タロウ 健保 太郎		
住所	〒110-0000 東京 墨田区 X-X □□マンション X X X 号		
事業所名称	(株)○○○○	電話番号	090 (1234) 0000
提出委任	<input checked="" 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	預金種別	口座番号
	△△△△	普通 当座	1234567
	口座名義 (カタカナで記入)	口座名義区分	
	ケンポ タロウ	被保険者(申請者)・代理人	

4 委任状	被保険者(申請者)	本申請に基づく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)	住所	
		氏名・印	被保険者との関係()

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)	5 第三者行為によるものですか ※	はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
7 家族の場合はその方の	氏名	健保 花子	生年月日 昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日 続柄 (長女)
8 傷病名	捻挫	発病又は負傷年月日 (療養開始日)	平成 〇〇 年 8 月 2 日
発病又は負傷の原因及びその経過	原因 海外旅行中に段差につまづいて捻ってしまった		
経過	良好		
7 診療を受けた病院等	名称	〇〇〇〇〇〇	
	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)	令和 〇 年 8 月 2 日 から 令和 〇 年 8 月 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	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで (日数 日)		
療養に要した費用	X, X X X 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。
注：立替払・治療用器具の申請ごとでそれぞれご用意いただく添付書類が異なりますので、記入例をご確認ください。

マイナンバー記入欄(健康保険の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

8 公金受取口座を利用する場合は、下記にをご記入ください。(利用する場合、上記口座情報の記入は不要です。)
□ 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。
※ 公金受取口座を利用する場合は、支給決定までに時間を要することがありますのでご了承ください。

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	<input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------------------

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください。)

- 健康保険の記号及び番号は、「資格確認書」「資格情報通知書(資格情報のお知らせ)」に記載されています。
- 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。
申請者が当組合の加入員でないときは、被保険者との続柄確認書類(戸籍謄本等の原本)の添付が必要です。
- 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。
- 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、被保険者との続柄確認書類(戸籍謄本等の原本)の添付が必要です。
- 「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。
- 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。
- 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。
- ①の健康保険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。
また、マイナンバーとともに国に登録している公金受取口座を振込先にする場合はをご記入ください。
(被扶養者でない方や受取代理人は、公金受取口座を振込先に指定できません。)
※ 公金受取口座を利用する場合、支給決定までに時間を要することがありますのでご了承ください。

	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 ▷ パスポート等の写し(出入国がわかるもの)
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	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。