

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・治療用装具・海外	
1 被保険者情報	被保険者等 記号 987 番号 654	生年月日	昭(平)令〇〇年〇月〇日
	2 氏名・印 ケンボ タロウ 健保 太郎	印 一 自署の場合は押印を省略できます。	
	住所 〒110 - 0000 東京 (都) 墨田区〇〇 x-x	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	受領委任 (チェック必須)	<input checked="" type="checkbox"/> 在職中の給付金は事業主経由で受領します。
当健康保険組合を資格喪失した方・被保険者死亡のため遺族が申請する場合】下記振込先をご記入ください。			
3 振込先情報	振込先金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他 ()	預金種別 普通・当座・その他 ()
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他 ()	口座番号
4 申請者	申請者 口座名義人	住所 〒	電話番号 日中の連絡先
	氏名・印	印 被保険者との関係 ()	
5 申請内容	受診者 (どちらかに✓) <input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 被扶養者	第三者行為によるものですか ※	はい・いいえ
	家族の場合はその方の氏名	健保 花子	生年月日 昭(平)令〇〇年〇月〇日 続柄 (長女)
	傷病名	う蝕	発病又は負傷年月日 療養開始日
	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 虫歯ができた 経過 良好	平(令)〇年8月2日
	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)	平(令) 年 月 日から 平(令) 年 月 日まで 日数 (日)	
	上記期間に入院していた場合はその期間	平(令) 〇年 8月 2日 から 平(令) 〇年 8月 3日 まで 日数 2 (日)	
	療養に要した費用	x,xxx 円	診療の内容 詰め物をした
療養の給付を受けることができなかった理由	海外赴任に帯同しているため		

※ 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 被保険者の記号番号を記入した場合は記入不要です。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。

記入もれや誤りが多いところ (特にご注意ください。) ※振込先は在職中の方は記載不要です。

- 1 被保険者等記号・番号は、マイナ保険証又は、資格情報のお知らせ、資格確認書、保険証でご確認ください。
- 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。
- 4 原則、事業主以外の代理人に給付金をお支払いすることはできません。
- 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 申請書は、月ごと、医療機関ごとに一枚必要です。同月・同医療機関でも入院と外来は別に申請します。

	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