

健康保険 海外療養費 支給申請書

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	氏名	(フリガナ)		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	住所	(〒 -)		電話番号 (日中の連絡先)	()	

申請内容	1 受診者	被保険者 家族(被扶養者)	1 - ①家族の場合	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
	2 傷病名				3 発病または 負傷年月日	令和	年 月 日	
	4 発病の原因および 経過(詳しく)							
	5 診療を受けた 医療機関等の 国名	名称	所在地	診療した医師等の氏名				
		1.						
		2.						
	6 診療を受けた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	6 - ①左記の期間に 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				
	7 療養に要した費用 の額	() () 内は通貨単位を記入(例: アメリカドル)	8 診療の内容					
	9 受診者の情報	(1) 受診者の海外渡航期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ※海外渡航機関が確認できる書類として、下記のいずれかの書類を添付してください。 ・パスポートの写し(①氏名、顔写真と②当該機関の出入国スタンプのページ) ・査証(ビザ)の写し(氏名と有効期限が記載されたもの) ・航空券の写し(eチケットの控えを含む) (2) 診療を受けた期間における海外渡航(滞在)の理由を選んでください。 ☐ 海外勤務(同行家族を含む) ☐ 旅行 ☐ 留学 ☐ その他()						

振込先指定口座	☐ 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。(利用する場合は ☒ 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。			
	金融機関 名称	銀行 金庫	本店 支店 出張所	預金種別 普通・当座・その他
	口座番号	口座名義 (カタカナ)		