

健康保険 海外療養費 支給申請書

1**2****3**

被保険者(申請者)記入用

| | | | | | | | |
|---|---------------|-----|-----|------|------------------|---|---|
| 被保険者(申請者)情報 | 被保険者証の(右づめ) | 記号 | 番号 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | 氏名 (フリガナ) | | | 印 | 自署の場合は押印を省略できます。 | | |
| | 住所 | | | | 都 道 府 県 | | |
| | 電話番号 (日中の連絡先) | TEL | () | | | | |
| <input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑) | | | | | | | |

| | | | | |
|-------------------------|--------|---|-----------------|---|
| 振込先指定口座(日本にある口座) | 金融機関名称 | 銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他() | 本店 支店 出張所 本所 支所 | |
| | 預金種別 | <input type="checkbox"/> 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知 | 口座番号 | 左づめでご記入ください。 |
| | 口座名義 | ▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。) | | 口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1.申請者 2.代理人 |

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

| | | | |
|----------------|------------|--------------------------------|---------------------|
| 受取代理人の欄 | 被保険者(申請者) | 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 | 令和 年 月 日 |
| | 氏名・印 | 住所 | 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ |
| | 代理人(口座名義人) | 住所 | 委任者と代理人との関係 |
| | 氏名・印 | フリガナ | |

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
・マイナンバーを記載した場合は、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

被保険者のマイナンバー記載欄

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

印

健康保険 海外療養費 支給申請書

1

2

3

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容

1 受診者

1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

1 - ①家族の場合はその方の

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)

1. 病気

(原因および経過)

2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。

5 診療を受けた医療機関等の

名称

所在地

診療した医師等の氏名

国名

名称

所在地

診療した医師等の氏名

6 診療を受けた期間

令和 年 月 日
[][][][][][]

から

年 月 日
[][][][][][]

まで

日数

日

6 - ①上記の期間に
入院していた場合は、
その期間令和 年 月 日
[][][][][][]

から

年 月 日
[][][][][][]

まで

日数

日

7 療養に要した費用の額

(

)通貨単位を記入してください。(例: アメリカドル)

8 診療の内容

9 受診者の情報

受診者は、現在、日本に帰国予定はありますか。または帰国されましたか。

 1. はい 2. いいえ

海外在住の理由

・ 渡航期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)
・ 渡航目的
海外滞在の理由

(添付書類)

必要書類は3枚目をご覧の上、当組合までご連絡ください。

海外療養費とは、海外旅行中や海外赴任中に急な病気やケガによりやむを得ず現地の医療機関で診療を受けた場合、健保組合への申請により一部医療費の払い戻しを受けられる制度です。

給付の範囲

- ・海外療養費の支給対象となるのは、日本国内で保険診療として認められている医療行為に限られています。
- ・療養（治療）目的で海外へ渡航し、診療を受けた場合は支給対象となりません。日本で実施できない診療（治療）を行った場合でも、対象とはなりません。

支給金額

- ・日本国内の医療機関等で同じ傷病を治療した場合にかかる治療費を基準に計算した額（実際に海外で支払った額の方が低い時にはその額）から、患者負担分を差し引いた額を支給します。
- ・日本と海外での医療体制や治療方法等が異なるため、海外で支払った総額から自己負担相当額を差し引いた額よりも支給金額が大幅に少なくなることがあります。
- ・外貨で支払われた医療費については、支給決定日の外国為替換算率を用いて円に換算して支給金額を算出します。

提出書類

1. 療養費支給申請書（当組合専用様式）
2. 診療内容明細書（様式A） 翻訳文には翻訳者の署名・住所・連絡先・押印
歯科診療の場合（様式C） 翻訳文には翻訳者の署名・住所・連絡先・押印
3. 領収明細書（様式B） 翻訳文には翻訳者の署名・住所・連絡先・押印
4. 現地で支払った領収書原本
5. 受診者の海外渡航期間がわかる書類
（パスポートの場合、①氏名・顔写真②出入国スタンプのページのコピー）
6. 調査に関わる同意書

健康保険 負傷原因 届

被保険者(届出者)

| | | | | |
|---|------------------|----------------------------|----------------------------|---|
| 被保険者情報 | 被保険者証の (右づめ) | 記号 <input type="text"/> | 番号 <input type="text"/> | 生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> |
| | 氏名 (フリガナ) | <input type="text"/> | | 自署の場合は押印を省略できます。 |
| | 住所 | (〒 -) | 都 道 府 県 | |
| | 電話番号 (日中の連絡先) | TEL () | | |
| <input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑) | | | | |

| | | | | |
|----------------------|---|--|--|--|
| 被保険者または負傷した方が記入するところ | 負傷した方 | <input type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 被扶養者(氏名) | | |
| | 傷病名 | | | |
| | 負傷日時 | 令和 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後 | 時頃 |
| | 負傷した時間帯(状況) | <input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 通勤途中(<input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤 / <input type="checkbox"/> 寄り道等有り <input type="checkbox"/> 寄り道等無し) | | |
| | 負傷場所 | <input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| | 負傷原因 負傷原因で次にあてはまるものがありますか | <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中(<input type="checkbox"/> 職場行事 <input type="checkbox"/> 職場行事以外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> あてはまらない | | |
| | 上記にあてはまる原因がある場合、相手はいますか。また、その場合は、あなたは被害者ですか、加害者ですか。 | 相手: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> あなたは加害者 | ※相手がいる場合の負傷の場合は「第三者行為による傷病届」の届出が必要です。 |
| | 負傷したときの状況を具体的に ご記入ください。 | | | |
| | 治療経過 | 令和 年 月 日 | 記入日現在 | <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止 |
| 治療期間 | 令和 年 月 日 | から | 令和 年 月 日 まで | |

受付日付印