

健康保険 被保険者 療養費 (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 300 - 123456	氏名 フリガナ ケンボ カズオ (氏) 健保 (名) 和夫
	住所 〒 164 - 0001 東京都中野区中野〇-〇-〇 △△マンション〇〇号室	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 47 年 10 月 4 日
	事業所 名称 総合警備保障株式会社 所在地 〒 107 - 8511 東京都港区元赤坂 1 - 6 - 6	
	所属 (連絡先) ※日中連絡が取れる携帯電話、内線番号など 〇〇〇支社 □□□営業部	事業所の名称、所在地は「本社」 所属には「実際に配置されている支社、部署」をお書きください △△ - ××××

申請内容	受診者 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
	傷病名 虫歯	発病または負傷年月日 令和 6 年 5 月 13 日	
	発病の原因および経過(詳しく) <input checked="" type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> ケガ	病気の場合は、下記に【原因および経過】をお書きください 海外赴任先で、急に歯が痛くなり受診。 ケガの場合は、この申請書のほかに「負傷の原因届」が必要です ケガの場合は、別紙「負傷の原因届」を記入のうえ、併せてご提出ください	
	診療を受けた医療機関等の国名 (アメリカ)	名称 〇〇 DENTAL CLINIC 所在地 2010 SOUTH ARLINGTON	診療した医師等の氏名 〇〇 〇〇
	診療を受けた期間	入院 令和 年 月 日 ~ 年 月 日 日数 日間 外来 令和 6 年 5 月 13 日 ~ 6 年 5 月 20 日 日数 2 日間	
	療養に要した費用の額	100 (アメリカドル) 通貨単位を記入してください。(例:アメリカドル)	
	診療の内容	診察のうえ、虫歯の治療と痛み止めの投薬を受	月ごとに申請してください。 複数月分の申請の場合(例えば4月分と5月分)は、それぞれの月について申請書が必要(2枚)です

●この申請による給付金を事業主経由で給与口座へ支給するため、次の申請者欄にご記入ください。

受取代理人欄	申請者 私はこの給付金の受領を下記代理人に委任します。 〇〇 △△マンション〇〇号室 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 原則、事業主への委任払いとなりますので、申請者欄を記入してください
	代理人 受取代理人は本社の総合事務部長です申請者欄に記載のうえ、代理人欄は空白のまま、本社の総合事務部へ提出してください

マイ事業主経由で給与口座へ振り込みます

添付書類

- ①領収書(日本語訳がついているもの)
- ②診療明細
a: FormA(医科診療内容明細書)
b: FormB(医科領収明細書)
c: FormC(歯科診療内容明細書)
- ③渡航証明書類(パスポートの写しなど)
- ④同意書

※②は医療機関独自の書式の場合、日本語訳がついていれば所定のFormABCでなくてもかまいませんが、翻訳した方の署名が必要です。
※③渡航証明書類は、受診した日に現地に滞在していることがわかるものが必要です。

被保険者等記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合(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

備考欄