

海外療養費 支給申請書

1

2

ページ



被保険者記入用

記入方法および添付書類等については、「海外療養費 支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。

届書(申請書)は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日					
	被保険者証の (左づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名・印	(フリガナ)	印		自署の場合は押印を省略できます。						
郵便物を受け とることができる住所	(〒 -)	都 道	府 県								
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()										

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 代理店 出張所 本店営業部 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	<input type="text"/>	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。)		<input type="text"/>	口座名義 の区分 <input type="checkbox"/> 1. 被保険者 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	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。		平成	年	月	日
	氏名・印	印	住所	「被保険者情報」の住所と同じ			
	代理人 (口座名義人)	(〒 -) TEL ()	住所				
	(フリガナ)	氏名・印	印	被保険者 との関係			

「被保険者記入用」は2ページに続きます。▶▶▶

被保険者のマイナンバー記載欄

(被保険者証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は、必ず本人確認書類を添付してください。

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	印
-----------------------	---

様式番号

協会使用欄

6 6 1 1 1 9

1

受付日付印 (30.6)

海外療養費 支給申請書

1

2

ページ

被保険者記入用

被保険者氏名

保険者番号

★保険証の下部に記載されています。

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

年 月 日

② 傷病名

③ 発病または
負傷年月日

平成 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情報

医療機関名

所在地

診療した医師等の氏名

国名

医療機関名

所在地

診療した医師等の氏名

⑥ 診療を受けた期間

(平成) 年 月 日
から(平成) 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(平成) 年 月 日
から(平成) 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

受診者の海外渡航期間(平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)

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

渡航目的

海外滞在の理由

様式番号

6 6 1 2 1 8