

# 健康保険 海外療養費(医科) 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

申請書は、黒のボールペン等の消えないペンでご記入ください

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	
	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	5 0 0 0	7 0 0 0		6 2 0 5 1 0	
	氏名	(フリガナ) ウミソラ ジロウ <b>海空 次郎</b>				
	住所	(〒 - ) 都 道 府 県 <b>×× Euston Road, King' s Cross, London N× ×AB, England</b>				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 080 ( ×××× ) ××××					
<input checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> )						

同意書	療養を受けた海外の医療機関等に海空運健康保険組合が文書等により当申請内容を照会することに同意します。
	被保険者氏名 <b>海空 次郎</b>

振込先指定口座	すでに届け出している口座に変更がない場合は記入不要です。		
	金融機関名称 <b>ゆうちょ銀行</b>	口座の 記号-番号 (左づめ)	1 0 の 1
	口座名義 (カタカナ)	↑記号と番号の間に数字がある場合は「の」の下に記入 ▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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。	

委任状	※給付金の受取を受取代理人に委任する場合のみ下記にご記入ください。
	受任者サイン

※申請は各月毎、医療機関毎、入院・外来毎に分けて下さい。

※支給決定後の、領収書の原本の返却、コピーのお渡しはできません。

※支給額は、日本国内の健康保険での治療を基準として算定された額、又は実際に支払った額のどちらか少ない方の7割(6歳未満は8割)相当額になります。

## 【申請書類】

### 医科の診療の場合

海外療養費支給申請書(医科)

診療内容明細書(様式A)、診療内容明細書(様式A)邦訳

領収明細書(様式B)、領収明細書(様式B)邦訳

領収書

渡航証明書類\*

\*渡航証明書類は2ページ「9 受診者の情報(1)」をご参照ください

「申請者記入用」は2ページに続きます。&gt;&gt;&gt;

社会保険労務士  
の提出代行者名  
記載欄※組合  
使用欄

枚

受付日付印

## 健康保険 海外療養費(医科) 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者等  
記号・番号

5000-7000

被保険者氏名

海空 次郎

申請内容

1 受診者

2

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

氏名

海空 組子

生年月日

 昭和  平成  令和

3 年 10 月 30 日

2 傷病名

風邪

3 発病または  
負傷年月日

令和 8 年 3 月 14 日

4 発病の原因および経過  
(詳しく)

1

1. 病気

(原因および経過)

発熱と咳があり受診。  
処方された薬を服用し、自宅療養していた。

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・医師等氏名

名称

Sherlock Hospital

所在地

22×B Baker Street,  
London NW× 6XE, England

診療した医師等の氏名

John Watson

国名

イギリス

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

0 8 0 3 1 5

から

年 月 日

0 8 0 3 1 5

まで

日数

1

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

100

( ポンド )

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

 診察  検査  注射  投薬  その他(※具体的に)

9 受診者の情報

(1) 受診者の海外渡航期間 令和 6 年 10 月 1 日 ~ 令和 年 月 日

※海外渡航期間が確認できる書類として、以下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当該期間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

※組合記入欄

疾病コード

支給決定額