健康保険　被保険者・家族　海外療養費支給申請書（第 1 回）

※提出回数を記入

被保険者（請求者）が記入するところ

被保険者証の記号番号	記号 ○○ 番号 ○○○○○	被保険者資格取得日	平成・令和 ○○年 ○○月 ○○日
被保険者資格喪失日（喪失後の場合）	平成・令和 年 月 日		
被保険者（請求者）氏名と印	ﾌﾘｶﾞﾅ ケンポ タロウ 健保　太郎 健 印 被保険者本人が自ら署名する場合は、押印省略可能	被保険者住所	〒000-0000 ○○県○○市○○町１－２－３ ○○マンション△△号室
生年月日	昭和・平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日		電話 00（1234）5678
事業所名及び電話	EY○○○○○○	電話 00（4321）8765	社員・職員コード ○○○○

☑ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は ☑）

療養が被扶養者のときは、その者の氏名		続柄	本人	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
発病又は負傷年月日	平成・令和 ○○年 05月 10日	傷病名	急性気管支炎		
発病又は負傷の原因及び経過	海外出張先で発熱したため現地のクリニックを受診した	第三者の行為によるものですか	いいえ・はい		
診療を受けた医療機関	名称 ○○クリニック	診療を担当した医師名	○○　○○		
	所在地 １－１○○○○△△△△	国名	（アメリカ合衆国）		

診療の期間（支給期間）	日数	区分	入院の場合左記の入院期間	診療に要した費用の額
自 ○○年 05月 10日 至 ○○年 05月 10日	1日	入院外 入院	自：平成・令和 年 月 日 至：平成・令和 年 月 日 日間	※領収書を添付すること 320 通貨単位（US $）

診療の内容	5月10日に受診し、診察と投薬を受けた
療養の給付を受けることができなかった理由	海外のため、保険証が使用できず自費診療扱いとなった

振込先指定口座

○○○○ 銀行・金庫・信組・農協	金融機関コード 1 2 3 4	△△△ 本店・支店	支店番号 5 6 7
預金種別 普通・当座	口座番号 0 9 8 7 6 5 4	右づめでご記入ください	
名義人（ﾌﾘｶﾞﾅ） ケンポ タロウ 健保　太郎	口座名義の区分	該当するところに○を記入 ・被保険者（請求者）・代理人	

令和　年　月　日提出

受付日付印

※被保険者(請求者)以外の口座に振込希望の場合は、被保険者・代理人それぞれに記入・捺印が必要（押印省略不可）

受取代理人の欄

【注意点】

- **海外で支払った実費総額の7割が支給されるわけではありません。治療で10万円要したとしても、同様の治療を日本国内の保険診療で行った場合に置き換えて算定し、算定額が1万円となった場合には、1万円に対しての保険給付となります。（例：還付は7,000円）このため、医療費が高額な国で治療を受けた場合、現地で支払った金額と海外療養費として健保組合から還付される金額の間には大きな差が生じるケースがありますので、予めご了承下さい。**
- **療養費は費用支払の翌日から2年を超えると時効により請求ができなくなります。速やかに申請して下さい。**

※業務命令による渡航の場合は、事業主確認印の押印が必要です。事業所経由でご提出ください。