

# 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 被保険者証の (左づめ)	番号	生年月日 年 月 日																				
	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
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 電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )	(〒 - ) ( ) 都道 府県																					

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	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											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. 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。	<input type="checkbox"/> 1.平成 年 月 日 2.令和
	代理人 (口座名義人)	住所 「被保険者情報」の住所と同じ	
	住所 (フリガナ) 氏名・印	(〒 - ) TEL ( )	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。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(2019.5)

受付日付 印

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																				
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

# 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  令和

年 月 日

② 傷病名

③ 発病または  
負傷年月日 平成  
 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

 1.平成  
2.令和

年 月 日から

--	--	--	--	--	--

 1.平成  
2.令和

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 1.平成  
2.令和

年 月 日から

--	--	--	--	--	--

 1.平成  
2.令和

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  令和 年 月 日 ~  平成  令和 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