

健康保険 海外療養費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者等記号・番号(右づめ)	記号	番号	枝番	マイナンバー	記号・番号を記載した場合は記入不要です				
	氏名	(フリガナ)				生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
	住所	〒	—			都	道			
	電話番号	自宅	()			府	県			
	携帯	()								
委任選択欄	申請書の審査・決定にあたり、組合からの支払決定通知書等の送付先及び問い合わせ方法について選択してください。									
	<input type="checkbox"/>	1. 上記の被保険者(申請者)住所・電話番号へ送付・問い合わせを希望します。								
	<input type="checkbox"/>	2. 事業所の担当者経由で、送付・問い合わせを希望します。(申請書提出時に既に退職されている方は「1」を選択してください)								

振込先指定口座	金融機関名称	銀行	金庫	信組	本店	支店
		農協	漁協		出張所	
		その他()	(※ゆうちょ銀行は支店番号3桁を記入)			本所
預金種別	<input type="checkbox"/>	1. 普通	3. 別段	口座番号	※7桁未満の場合は、頭に0をつけて7桁での記入にご協力ください。	
		2. 当座	4. 通知			
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. 申請者
						2. 代理人

「2」の場合は受取代理人の欄を必ず記入ください。

受取代理人の欄	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。		年	月	日	
	被保険者(申請者)	氏名				
	代理人(口座名義人)	住所	(〒 —) TEL ()			申請者との 身分関係
		氏名	(フリガナ)			

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 傷病名		3 発病または 負傷年月日	年 月 日
	4 発病の原因および経過	<input type="checkbox"/> 1. 病気 <input type="checkbox"/> 2. ケガ (病気・ケガの原因及び経過を詳しく記入してください)		
	5 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	診療した医師等の氏名
	国名			
		名称	所在地	診療した医師等の氏名
	6 診療を受けた期間	年 月 日から	年 月 日まで	外来 日数 日
	6 - ①上記の期間に 入院していた場合は、 その期間	年 月 日から	年 月 日まで	入院 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。 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ ↓ 海外在住の理由 [] ↓ ・渡航期間 (年 月 日 ~ 年 月 日) ・渡航目的 海外滞在の理由 []			

1. 添付書類

- (1) この申請書の添付書類について
- ①海外の医療機関で証明を受けた「診療内容証明書」又は「歯科診療内容明細書」
(組合様式がありますので海外の病院で証明を受けてください)
 - ②海外の医療機関で証明を受けた「領収明細書」※歯科の場合は必要ありません
(組合様式がありますので海外の病院で証明を受けてください)
 - ③海外の医療機関で発行された「領収書の原本」および「領収書を翻訳したもの」
(翻訳したものに翻訳者の署名を余白にしてください)
 - ④海外渡航した事実が確認できる書類として、下記のいずれか一つ
 - ・パスポートの写 (氏名と顔写真及び当該期間の出入国スタンプが押印されているページ)
 - ・事業主の証明等 (海外勤務の方で辞令の写しなど)
 - ・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チケットの控え含む)
 - ⑤海外の医療機関等に対して療養内容の照会を行うことの同意書 (組合様式)

2. 記入方法

組合ホームページの「申請書一覧 (6.給付に関する書式)」にある記入例をご参照ください。

3. 注意事項

- (1) 記入を誤ってしまった場合の訂正方法について
記入誤りがあった場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記載してください。訂正印は不要ですが、訂正した方が分かるように訂正箇所付近の余白に氏名 (フルネーム) を記入してください。
- (2) 振込先指定口座について
被保険者 (申請者) の口座情報を記入してください。なお、被保険者 (申請者) 以外の方に振込を希望される場合は、「受取代理人の欄」に被保険者 (申請者) および代理人の署名が必要になります。
※扶養家族の方の口座を希望した場合も「代理人」に該当します。受取代理人欄の記載もれがないようご注意ください。
- (3) マイナンバーでの申請について
被保険者等の記号・番号が不明により、マイナンバーで申請する場合は、マイナンバー欄に番号を記入してください。なお、被保険者等の記号・番号は【資格情報のお知らせ】に掲載されています。

4. 提出先と振込日について

- (1) 申請書の提出 (送付) 先及び問い合わせ先
この申請書は、当組合 (下記住所) または事業所の担当者を通じて提出してください。また、申請方法や制度についてのご質問は下記までご連絡をお願いします。

〒135-0047 東京都江東区富岡2丁目11-12
倉庫業健康保険組合 給付課 TEL 03-3642-8436

- (2) 振込日について
記載事項及び添付書類の審査に時間を要するため支給までに1~2ヶ月程かかる場合があります。

※保険給付決定支払通知書は振込日に、被保険者 (申請者) 情報の委任選択欄で記入 (希望) された所へ送付いたします。