

療養費支給申請書 記入例（海外で診療を受けた場合）

関東百貨店 健康保険組合 | 業務第二課 03-3833-6141

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書
家族 立替払・治療用器具

1 被保険者証 記号 987 番号 654321

2 被保険者情報
氏名 (フリガナ) ケンボ タロウ 生年月日 昭平令〇〇年〇月〇日
健保 太郎
住所 〒110-0000 東京 都 台東区〇〇 X-X
□□マンションXXX号 電話番号 (日中の連絡先) 090(1234)〇〇〇〇
事業所名称 (株)〇〇〇〇 提出委任 本申請書の提出を事業主へ依頼します。(事業主経由(依頼)する場合は✓)

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

振込先
金融機関名称 〇〇〇〇 (銀行) 金庫・信組 預金種別 (普通) 当座・その他()
△△△△ (支店) 本店・出張所 口座番号 1234567
口座名義 (カタカナで記入) ケンボ タロウ 口座名義区分 (被保険者)申請者・代理人

委任状 4
被保険者(申請者) 本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日
氏名
代理人(口座名義人) 住所
氏名 被保険者との関係()

申請内容
6 受診者(どちらかに✓) 被保険者 家族(被扶養者) 5 第三者行為によるものですか ※ はい いいえ
家族の場合はその方の 氏名 健保 花子 生年月日 昭平令〇〇年〇月〇日 続柄(長女)
傷病名 捻挫 発病又は負傷年月日(療養開始日) 〇年 8月 2日
原因 海外旅行中に段差につまづいて捻挫してしまった
経過 良好
7 診療を受けた病院等
名称 〇〇〇〇〇〇〇〇
所在地 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 診療した医師の氏名 〇〇 〇〇
診療期間(支給期間) 令和 〇年 8月 2日 から 令和 〇年 8月 7日 まで (日数 2日)
上記期間に入院していた場合はその期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで (日数 日)
療養に要した費用 X,XXX 円 診療の内容 検査を受け湿布を処方された
療養の給付を受けることができなかった理由 海外で治療を受けたため

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

受付日印

マイナンバー記入欄(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

8 マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください。)

- 1 被保険者証の記号及び番号は、保険証に記載されています。
- 2 家族(被扶養者)が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。(住所、振込先口座も同様です。)
- 3 押印は不要です。
- 4 口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は、「委任状」欄の記入が必要です。なお、代理人(口座名義人)が被扶養者でないときは、続柄のわかる書類(戸籍謄本、住民票など)の添付が必要となります。
- 5 「はい」と答えた場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは、当組合(右上の電話番号)にお問い合わせください。
- 6 受診者が家族(被扶養者)の場合は、氏名、生年月日、戸籍上の被保険者との続柄をご記入ください。
- 7 医療機関名等をご記入ください。なお、薬剤に係る申請は、その薬局の名称等をご記入ください。医師氏名、薬剤師氏名が不明の場合は空欄としてください。
- 8 ①の被保険者証の記号及び番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

	添付書類1(診療を受けた現地の担当医の証明)	添付書類2(共通)
医科	① 様式A「診療内容明細書」及び様式B「領収明細書」 ② 様式A及び様式Bの日本語翻訳	③ 領収書の原本 ▷ 診療に要した費用の全額を自己負担していることが確認できるもの ④ 海外に渡航した事実が確認できる書類
歯科	① 様式C「歯科診療内容明細書(領収明細書)」 ② 様式Cの日本語翻訳	▷ パスポート等の写し(出入国がわかるもの) ⑤ 調査に関する同意書

注: この申請書を事業所(事業主)経由で提出される場合は、「被保険者情報」欄の「提出委任」に✓を付けてください。