

記入例

記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書(健康保険証)のいずれかでご確認ください。

この部分には記入しないでください。

該当する方に○を付けてください。

海外健康保険被保険者療養費支給申請書

① 被保険者等 記号・番号		② 生 年 月 日		③ 被保険者の (フリガナ)					
1	2	3	4	5	6	7	昭・平・令 40年 12月 1日	ホウドウ タロウ	
療養が被扶養者に 関する時はその方の		④ 氏 名		⑤ 生年 月日		⑥ 被保険者 との続柄			
		該当せず		昭・平・令 年 月 日					
⑦ 被保険者の (申請者) 住 所		(フリガナ)		⑧ 事 業 所 の 名 称		⑨ 事 業 所 の 所 在 地			
1234 ○○○○STREET LONDON		〒 -		○○○株式会社		東京都中央区○○ △-△△-△△△ ○ビル			
⑩ 傷 病 名		例 急性胃腸炎		⑪ 発病又は負傷年月日 (療養開始日)		△年 6月 1日			
⑫ 負傷の場合その原因及び経過		⑬ 診 療 受 け た 病 院 等		⑭ 診 療 した 医 師 氏 名		⑮ 診 療 の 期 間 (支給期間)			
[負傷日時・場所等] 平・令 年 月 日 (曜日) <input type="checkbox"/> 午前 ・ <input type="checkbox"/> 午後 時 分頃 ⑯ けが(負傷)をした日は次のうちどれに当たりますか。 <input type="checkbox"/> 出勤日 ・ <input type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇を含む) <input type="checkbox"/> その他 () ⑰ けが(負傷)をした時間帯は次のうちどれに当たりますか。 <input type="checkbox"/> 勤務時間中 ・ <input type="checkbox"/> 通勤途中 (<input type="checkbox"/> 出勤 ・ <input type="checkbox"/> 退勤) <input type="checkbox"/> 出張中 ・ <input type="checkbox"/> 私用 ・ <input type="checkbox"/> その他 () ⑱ けが(負傷)をした場所は次のうちどれに当たりますか。 <input type="checkbox"/> 会社内 ・ <input type="checkbox"/> 道路上 ・ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()		⑲ 〇〇〇 HOSPITAL ⑳ 所在地 727 □□□□STREET LONDON		〇〇〇〇		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間 (通貨単位)			
⑳ 診 療 の 内 容		㉑ 初診、投薬 他 (わかる範囲でご記入ください)		㉒ 療養の給付を受けることができなかった理由		海外で受診したため			

⑯は医療機関を受診した日です。
 例えば、6/1、6/3、6/9に受診した場合は
 (自)令和△△年6月1日～(至)令和△△年6月9日
 3日間となります。

該当する項目に○を付けてください。

現地の通貨単位でご記入ください

委任状	本請求に基づく給付金の受領方を代理人に委任します。		令和 △△ 年 7 月 1 日
	被保険者 (申請者)	住所	神奈川県〇〇市〇〇町△△-△△-△△△
		氏名	報道 太郎
	代理人	住所	東京都中央区〇〇 △-△△-△△△ 〇〇ビル 〇〇〇 株式会社
	氏名	代表取締役 〇〇 〇〇〇	事業主(勤務先)記入

【添付書類について】

	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	<ul style="list-style-type: none"> 様式A「診療内容明細書」及び様式B「領収明細書」 様式A及び様式Bの日本語翻訳 	<ul style="list-style-type: none"> 領収書の原本 <ul style="list-style-type: none"> ▷ 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 海外に渡航した事実が確認できる書類 <ul style="list-style-type: none"> ▷ パスポート等の写し(出入国がわかるもの) 調査に関する同意書
歯科	<ul style="list-style-type: none"> 様式C「歯科診療内容明細書(領収明細書)」 様式Cの日本語翻訳 	

【海外療養費支給申請に関して】

- 個人別、1ヶ月・1医療機関ごと、入院・通院別に分けてご申請ください。
- 支給額は「現地支払額を支給決定日のレートで換算した金額」と「厚生労働省が定めた国内での疾病別の治療費」を比較して、どちらか低い方の金額の保険負担分(一般7割)となります。
- 傷病名・国際疾病分類番号は必ず記入してください。
- 様式A、B、C 翻訳の翻訳者氏名・住所・電話番号を記入をお願いします。
- 治療目的で海外へ行った場合は対象外となります。
- 医師または病院等に費用の支払をした日の翌日から、2年を経過すると時効により支給が出来なくなりますのでご注意ください。

【記入上の注意】

- 標題の「被保険者」「被扶養者」の文字はいずれか該当する方をマルで囲んでください。
- 1で「被保険者」にマルをされた方は ④⑤⑥ の欄に“該当せず”とご記入ください。
 // 「被扶養者」にマルをされた方は ④⑤⑥ の欄に必ずご記入ください。
- 任意継続被保険者の方は ⑧ の欄に“任意継続”とご記入ください。
- ⑩「傷病名」の欄が、けがの場合は ⑫「負傷の場合その原因及び経過」の欄を必ずご記入ください。
- 診療を受けたのではなく、薬剤の支給だけを受けた場合と、医師以外の者から手当を受けた場合は、⑬⑭⑮⑯の欄はその様に読みかえてご記入ください。