

健康保険組合の記入欄	資格取得日	平成・令和	年	月	日
	資格喪失日	令和	年	月	日
	扶養認定日	平成・令和	年	月	日
	算出基礎		×		
	支給額				円
	支払年月日	令和	年	月	日

支給支払決議書				
常務理事	事務長	経理担当	経理担当	給付担当
備考				



- [1] 被保険者(本人)
 被扶養者(家族)

海外療養費支給申請書

(各医療機関ごと・診療月ごとに1部必要です)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ (各 医 療 機 関 ご と ・ 診 療 月 ご と に 申 請 が 必 要 で す)	[2]記号・番号	記号	番号	[3]在籍している 事業所名		
	[4]被保険者の 氏名	氏名	[5]生年月日	昭和 平成	年 月 日	
	[6]扶養家族の 氏名	氏名	[7]生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
	[8]傷病名		[9]発病・負傷の 年月日	令和	年 月 日	
	[10]状況	<input type="checkbox"/> 業務中 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 自宅、自分の不注意	<input type="checkbox"/> 第三者行為	[11]詳細 (いつどこで何のために何をしていたか等を詳しく記載してください)	
		※業務中、通勤路上、交通事故、加害者による負傷の場合は、必ず勤務先と健康保険組合にご連絡ください				
	[12]診療を受けた 医療機関の名称	(病院名もしくは薬局の名称)		[13]国名		
	[14]診療を受けた 期間・日数	令和 年 月 日 から	日数	[15]入院していた場合はその期間		
		令和 年 月 日 まで	日間	令和 年 月 日 から		日 まで 日間
	[16]治療の内容		[17]診療で支払 った金額	通貨単位	[]
	[18]帰国について	<input type="checkbox"/> 日本に帰国予定あり・帰国済み 渡航期間: 年 月 日 から 年 月 日 まで 海外に滞在した理由 [] <input type="checkbox"/> 帰国予定なし 海外在住の理由 []				
	[19]被保険者 名義の振込先	銀行 信組 金庫 農協	本店 支店 出張所	(フリガナ) (口座名義)		
		預金種別	普通・当座	支店コード	口座番号	
	[20]委任状 (会社に委任する 場合)	上記保険給付金の受領を所属事業所へ委任します。 被保険者氏名 ㊟				
		上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 千 - 住所 被保険者 氏名 ㊟ TEL ひかり健康保険組合理事長 殿				

202409改定

【注意事項】

- 月をまたがって受診した場合も、1ヶ月単位で作成してください。(医師が記入する「診療内容明細書」「領収明細書」も同様です)
- 提出された領収書等の返却はいたしません。あらかじめコピーの保管をして提出してください。
- 病気の治療を目的としない、予防医療や健康診断は支給対象になりません。
- 国内においてその治療を保険診療で受けた場合の額と比較して算定するため、海外で立て替えた額の全額が支給されるわけではありません。

>必要添付書類は、次ページを確認してください。

必要添付書類 (①~③は次ページに用紙があります)

添付書類

- ① 領収明細書、邦訳
 - ② 診療内容明細書(医科・調剤用)、邦訳
 - ③ 診療内容明細書(歯科用)、邦訳
 - ④ 海外の医療機関に全額治療費を支払った領収書(原本)
 - ⑤ パスポートやビザ、航空チケットなどの写し(氏名と渡航した期間が確認できる書類)
- ※領収明細書、診療内容明細書は担当医より証明を受けてください。

記入例

【記入する際の注意】

- 黒のボールペンで記入してください。 ※鉛筆、修正テープ、消えるボールペンは使用しないでください。
- 記入内容を訂正する場合は、間違えた部分に二重線を引いてご本人の印鑑を押してください。

例) 〒 × × × ~~〇〇〇~~ **光**


[1]療養を受けた対象者を選択してください。

- [1] 被保険者(本人)
 被扶養者(家族)

海外療養費支給申請書
(各医療機関ごと・診療月ごとに1部必要です)

201905改定

[2]記号と番号健康保険証、資格情報のお知らせ、資格確認書に記載されています。

[2]記号・番号	記号 1 番号 12345	[3]在籍している事業所名	株式会社●×通信		
[4]被保険者の氏名	光 太郎	[5]生年月日	昭和 54 年 10 月 31 日	平成	
[6]扶養家族の氏名		[7]生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
[8]傷病名	気管支炎	[9]発病・負傷の年月日	令和 5 年 5 月 2 日		
[10]状況	<input type="checkbox"/> 業務中 <input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 第三者行為 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 自宅、自分の不注意 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (原因は不明)	[11]詳細 (いつどこで何のために何をしていたか等を詳しく記載してください)			
※業務中、通勤途中、交通事故、加害者による負傷の場合は、必ず勤務先と健康保険組合にご連絡ください		滞在先のホテルで就寝時に発熱及び咳が止まらなくなったため			
[12]診療を受けた医療機関の名称	△△△CLINIC		[13]国名	中国	
[14]診療を受けた期間・日数	令和 5 年 5 月 2 日 から	日数	[15]入院していた場合はその期間		
	令和 5 年 5 月 8 日 まで	2 日間	平成	年 月 日 から 年 月 日 まで 日間	
[16]治療の内容	5月1日に38.5℃の発熱があったため翌日病院を受診処方された薬を飲んだが症状が良くならず、再度診療を受けた		[17]診療で支払った金額	200	通貨単位 [中華人民元]
[18]帰国について	<input checked="" type="checkbox"/> 日本に帰国予定あり・帰国済み 渡航期間: 令和 5 年 4 月 15 日から 令和 5 年 5 月 20 日まで 海外に滞在した理由 [仕事で海外出張のため] <input type="checkbox"/> 帰国予定なし 海外在住の理由 []				
[19]被保険者名義の振込先	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 信組 ××× 本店 <input type="checkbox"/> 金庫 農協 支店 出張所		(フリガナ)	ヒカリ タロウ	
	預金種別 <input checked="" type="checkbox"/> 普通・当座	支店コード 1 2 3	(口座名義)	光 太郎	
			口座番号	9 8 7 6 5 4 3	
[20]委任状 (会社に委任する場合)	上記保険給付金の受領を所属事業所へ委任します。				
	被保険者氏名 光太郎 				

[6][7]は、対象者が被扶養者(家族)の場合、記入してください。


[14]診療を受けた月ごとに記入してください。月がまたがる場合も申請書・添付書類は月ごとに内容が分かるように分けてご用意ください。

[16]治療の内容は詳しく記入してください。

上記のとおり申請します。

令和 **5** 年 **5** 月 **25** 日 〒 **〇〇〇 - 〇〇〇〇**

住所 **東京都豊島区〇〇町×××-△△**

被保険者 氏名 **光 太郎** 

TEL **090 - 〇〇〇〇 - ××××**

ひかり健康保険組合 理事長 殿

【注意事項】

- 月をまたがって受診した場合も、1ヶ月単位で作成してください。(医師が記入する「診療内容明細書」「領収明細書」も同様です)
- 提出された領収書等の返却はいたしません。あらかじめコピーの保管をして提出してください。
- 病気の治療を目的としない、予防医療や健康診断は支給対象になりません。
- 国内においてその治療を保険診療で受けた場合の額と比較して算定するため、海外で立て替えた額の全額が支給されるわけではありません。