

被保険者・被扶養者 療養費支給申請書
(海外療養費)〔その1〕

常務理事	事務長	課長	担当者
記入不可			

▼支給決定 下記のとおり、支給してほしいか。

20	療養費	記入不可	73	一部負担還元金	記入不可
20	第二家族療養費		74	家族療養付加金	
53	高額療養費		75	合算高額療養費付加金	
54	家族高額療養費				
55	合算高額療養費				

支給 合計金額	記入不可
支給決定 年月日	
支給予定 年月日	

被 保 険 者 欄	被保険者等 記号・番号	123 - 1234567		※注3 被保険者等記号・番号が不明な場合にのみ マイナンバーを記入	
	氏 名	健康 太郎		被保険者の マイナンバー	- -
	生年月日	5	5. 昭和 7. 平成 45 年 1 月 20 日	申請年月日	令和 7 年 10 月 19 日
	住民票住所	〒 - TEL - - 香港			

療 養 を う け た 方	フリガナ	ケンコウ タロウ			今回申請 した理由	海外渡航中に病気（ケガ）で 医療機関等に受診したため	
	氏 名	健康 太郎			発症または 負傷年月日	令和 7 年 9 月 2 日	
	性 別	1	1. 男 2. 女	被保険者から みた続柄 (長男等)	本人	療養に至った 傷病名等	虫歯
	生年月日	5	5. 昭和 7. 平成 9. 令和 45 年 1 月 20 日			療養に要し た費用の額	164 通貨単位 (USドル)
	海外渡航 の理由	1	1. 海外勤務（同行家族） 2. 旅行 3. 留学 4. その他（			領収証に記載されている金額を 記入してください。	
	診療内容						
	診療の期間	令和 6 年 9 月 2 日 から 令和 6 年 9 月 27 日 までの 3 日間					
	入院期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 までの 日間					
	傷病の原因	1	1. 工作中以外(業務外)の傷病 2. 工作中(業務上)の傷病 3. 通勤途中での傷病				
	労働災害または通勤災害の認定を受けていますか？					3	1. はい 2. 申請中 3. 未申請
	傷病の原因は外傷によるものですか？					2	1. はい 2. いいえ
	「負傷原因報告書」は提出済ですか？					2	1. はい 2. いいえ
傷病の原因は第三者行為によるものですか？					2	1. はい 2. いいえ	
「負傷原因報告書」と「第三者行為による傷病届」は提出済ですか？					2	1. はい 2. いいえ	

申 請 ・ 受 領 委 任 欄	申請（受領委任）者は被保険者です。				
	被保険者氏名	健康 太郎			この給付金の受領を下記の者に委任します。
	日中に連絡が とれる電話番号	090 - 6789 - 0123			事業所名称
	受領委任 年月日	令和 7 年 10 月 19 日			受領責任者 役 職 名 受領責任者 氏 名

この申請書は、事業所の健康保険
担当者を通じて提出してください。
(任意継続被保険者の方はこの欄は
空白で健保組合に提出してください)

【注意事項】

1. この申請は、被保険者または被扶養者が海外渡航中に病気（ケガ）で医療機関等に受診し、医療費の全額を支払ったときに提出してください。
ただし、治療目的で渡航した受診や、日本国内で保険適用となっていない医療行為や薬が使用された場合は、支給対象外となります。
2. 選択欄は該当する数字を記入するか、○を記入してください。
3. 被保険者等記号・番号を記入しない場合は、マイナンバーを記入してください。
被保険者等記号・番号はマイナポータル・資格情報のお知らせ・資格確認書で確認できます。
4. この申請書に領収証・領収明細書（原本）を添付してください。
5. 領収明細書「様式B」と医科の場合「様式A」、歯科の場合「様式C」は、それぞれ1か月ごと、受診者ごと、医療機関ごと、入院・外来ごとに一枚ずつ、それぞれの医療機関での証明が必要です。
被保険者等による記入はできません。
6. 領収証と様式「A～C」については、それぞれ日本語訳が必要で、翻訳文には翻訳者が署名し、翻訳者の住所と電話番号を明記してください。
7. この申請が外傷病名の場合、負傷原因報告書を必ず提出してください。
第三者行為や労働災害、通勤災害によるものの場合は、支給対象としません。
8. 被保険者がお亡くなりになっている場合、法定相続人が申請・受領委任欄の被保険者氏名欄に法定相続人の氏名を、また、その氏名の横に法定相続人と被保険者との具体的な続柄を記入してください。