

療養費支給申請書 記入例（海外で診療を受けた場合）

全国硝子業健康保険組合 業務1課給付係 03-3634-3482

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書		海外用		
被保険者情報	① 被保険者等 記号・番号	記号 123 番号 567	事業所名称 △△ガラス株式会社	
	② 氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎	生年月日 平成 3 年 5 月 1 日	
	住所	〒 123 - 4567 東京都〇〇区××	電話番号 (日中の連絡先) 080 (1234) 5678	
		1-2-3 □□マンション457	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。				
※給付金の振込先は、被保険者口座または勤務先のいずれかになります。 被保険者口座に給付金の振込みを希望する場合は「振込先」欄を記入のうえ、 <u>通帳の写し</u> または、 <u>キャッシュカードの写し</u> （銀行名、口座番号、口座名義等がわかるもの）を添付してください。 勤務先に給付金の受け取りを委任する場合は「委任状」欄を被保険者と受任者がそれぞれご記入ください。				
③ 振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信託 農協・その他()	預金種別 普通・当座・その他()	
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
④ 委任状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記受任者に委任します。 令和 7 年 5 月 1 日		
	氏名	健保 太郎		
	受任者 (事業主)	住所	東京都〇〇区××5-6-7	
		事業所名	△△ガラス株式会社	
	氏名	代表取締役 ○山 △男		
⑤ 申請内容	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 <u>いいえ</u>	
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	年 月 日 続柄()
	⑥ 傷病名	急性気管支炎		発病又は負傷年月日 (療養開始日) 2025 年 4 月 9 日
	発病又は負傷の原因及びその経過 (けがの場合は、どこでどのように負傷されたか)	原因	咳がひどく発熱したため受診した。	
		経過	良好	
	診療を受けた病院等	名称	〇〇病院	療養を受けた国名 中国
		所在地	中国〇〇省△△市××1-2	
	診療期間(支給期間)	2025 年 4 月 9 日から 2025 年 4 月 15 日まで (日数 2 日)		
	上記期間における 受診日の内訳	2025 年 4 月 … 9 日、15 日、 日、 日、 日、 日		
	療養に要した費用 (現地通貨の単位)	5, 000 円	診療の内容	診察、投薬を受けた
療養費の申請を行うこと になった理由(該当するものを ○で囲んでください)	1.仕事で海外へ渡航したが、現地で発病または負傷し受診したため (出向 ・ 出張) 滞在期間: 2025 年 1 月 1 日 ~ 2025 年 10 月 31 日 ・ 未定 2.その他 (旅行 ・ 留学等)			
⑦ 同意欄	この申請に係る健保組合からの問合せを事業所の担当者を通じて行うことに同意します。 被保険者(申請者)氏名 健保 太郎 受付日付印			

※訂正される場合は、各記載者が訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と各記載者の氏名(サイン)をご記入ください。

全国硝子業 健康保険組合

(令7.4)

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

- ① 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（保険証）」に記載されています。
- ② 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）。また、戸籍謄本等の原本（被保険者との続柄がわかるもの）を添付してください。
- ③ ④ 給付金の振込先は、被保険者口座または勤務先のいずれかになります。
被保険者口座に給付金の振込みを希望する場合は「振込先」欄を記入のうえ、通帳の写しまたは、キャッシュカードの写し（銀行名、口座番号、口座名義等がわかるもの）を添付してください。
勤務先に給付金の受け取りを委任する場合は「委任状」欄を被保険者と受任者がそれぞれご記入ください。
- 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、当組合にお問い合わせください。
- ⑥ 病名がケガ（骨折・捻挫・打撲・火傷等）または外傷が原因の傷病の場合は、別途「負傷原因届」を添付してください。（組合ホームページ申請書一覧：給-16）
- ⑦ 申請に不備等があった際の健保組合からの問合せについて、事業所担当者経由で行う場合は「同意欄」に氏名をご記入ください。記入がない場合は、「被保険者情報」に記載された連絡先へご連絡いたします。

* 訂正される場合は、各記載者が訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と各記載者の氏名（サイン）をご記入ください。
* 消せるボールペンは使用しないでください。 * 年号は、和暦・西暦のどちらでもかまいません。

	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、航空券等の写し ⑤ 調査に関する同意書