

記入例

1枚目

(2枚1組)

健康保険

海外療養費支給申請書

被保険者（申請者）記入用

【添付書類】以下、**原本**を提出ください

- 1) 診療内容明細書（現地の担当医師が記入したもの）、翻訳、領収明細書（現地の担当医師が記入したもの）、翻訳
- 2) 現地病院で支払った領収書・同意書
- 3) パスポート（氏名の頁と滞在国の入国ある（5頁）や航空券など海外に渡航した事実
が確認できる書類の写し（※海外勤務の被

資格情報のお知らせ、
資格確認書等に記載されて
います。

被保険者（申請者）情報	被保険者等 記号・番号	記号 123	番号 456		
	従業員番号	123456		メール アドレス	〇〇〇〇@×××.co.jp
	氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎		生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成 60 年 1 月 15 日 ☐ 令和
	住所	(〒 123 - 4567) 東京都〇〇区□□1-2-3			
	電話番号 (日中の連絡先)	×××-×××-×××		☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）	

振込先 指定口座	金融機関名称	〇〇 ☒ 銀行 ☐ 農協 ☐ 信金 ☐ その他 △△ ☐ 信組 ()		☐ 本店 ☒ 支店 ☐ 出張所
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	1 2 3 4 5 6 7
	口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。 濁点(・)、半濁点(・)は1字としてご記入ください。 ケンボ タロウ		口座名義 の区分 ☒ 1.申請者 ☐ 2.代理人

受取代理人の欄	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の代理人に委任します。		年 月 日
	署名	署名		申請者)情報の住所と同じ
	代理人 (口座名義人)	(〒 住所 (フリガナ) 氏名	代理人と 本人との 関係	印

口座名義が申請者本人であれば
記入不要

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

2枚目 (2枚1組)

健康保険

海外療養費支給申請書

必ず2枚1組で提出してください

被保険者（申請者）記入用

1.受診者	☐ 1.被保険者 ☒ 2.家族（被扶養者）		受診された方の氏名、生年月日をご記入ください。	
1-① 家族の場合その方の	氏名	(フリガナ) ケンボ イチロウ 健保 一郎	生年月日	☐ 昭和 ☒ 平成 20 年 7 月 1 日 ☐ 令和
2.傷病名	急性胃腸炎		3.発病または 負傷年月日	2026 年 5 月 1 日
4.発病の原因および経過 (詳しく)	☒ 1.病 気 (原因および経過) 夕食後腹痛と嘔吐が続いたため医療機関にて受診、処方された薬を飲み症状は落ち着いた ☐ 2.ケ ガ → 負傷原因届を併 発症に至る原因および経過をできるだけ詳しくご記入ください。			
5.診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	診療した医師等の氏名	
	〇〇〇〇	カルフォルニア州 ロサンゼルス〇〇〇〇	〇〇 〇〇	
国名	名称	所在地	診療した医師等の氏名	
[アメリカ]				
6.診療を受けた期間	2026 年 5 月 1 日 から 2026 年 5 月 1 日 まで		日数	1 日
6-① 上記の期間に 入院していた場合は、その期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		日数	日
7.療養に要した費用の額	500 (アメリカドル) 通貨単位を記入してください (例：アメリカドル)			
8.診療の内容	点滴をし、薬を処方された 病院でどのような検査や治療を受けたかご記入ください。			
9.受診者の情報	(1)受診者の海外渡航期間 2026 年 4 月 25 日 ～ 2026 年 5 月 10 日 ※海外渡航期間が確認できる書類として、以下のいずれかの書類を添付してください。 ・パスポートの写し(①氏名、顔写真と②当該機関の出入国スタンプのページ) ・査証(ビザ)の写し(氏名と有効期限が記載されたもの) ・航空券の写し(eチケットの控え含む) (2)診療を受けた期間における海外渡航(滞在)の理由を選んでください。 ☐ 海外勤務(同行家族を含む) ☒ 旅行 ☐ 留学 ☐ その他 [詳細にご記入ください。]			