

※ 支 給 額													円
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

健康保険 被保険者 家族	療養費 支給申請書	海外療養費
--------------------	-----------	-------

※添付書類は原本を提出してください。（パスポートと海外赴任辞令を除く）

① 被保険者等 記号・番号	記号 <b>9876</b> 番号 <b>54321</b>	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください
② 氏名	(フリガナ) <b>ケンボ タロウ</b> <b>健保 タ郎</b>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
③ 生年月日	昭和・平成 <b>XX</b> 年 <b>XX</b> 月 <b>XX</b> 日	
④ 住所	〒 <b>113 - 0000</b> <b>東京</b> (都・道 府・県) <b>文京区〇〇 X-X-X</b>	
⑤ 電話番号 (日中の連絡先)	<b>XX (XXXX) XXXX</b>	
⑥ 事業所名称	<b>株式会社 〇〇〇〇</b>	⑦ 問い合わせ先 (チェックが無い場合は事業 所へ連絡いたします) <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 社労士

◎【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。

⑧ 受診者(どちらかに✓)	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)
⑨ 家族の場合はその方の 氏名	生年月日 昭和・平成 令和 年 月 日 続柄 ( )
⑩ 傷病名	<b>おし歯</b>
⑪ 発病又は負傷年月日 (療養開始日)	令和 <b>XX</b> 年 <b>XX</b> 月 <b>XX</b> 日
⑫ 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 <b>歯の痛み、腫れがあった。</b>
⑬ 第三者行為に よるものですか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>
⑭ はいの場合	氏名 ( ) 住所 ( )
⑮ 診療を受けた病院等	名称 <b>〇〇 DENTALクリニック</b> 国名 <b>中国</b> 住所 <b>上海市〇〇区〇〇〇 X-X-X</b>
⑯ 診療期間(支給期間)	令和 <b>5</b> 年 <b>10</b> 月 <b>1</b> 日から 令和 <b>5</b> 年 <b>10</b> 月 <b>1</b> 日まで (日数 <b>1</b> 日)
上記期間の入院・入院外の別	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 入院外
⑰ 渡航期間	令和 <b>3</b> 年 <b>4</b> 月 <b>1</b> 日から 令和 <b>6</b> 年 <b>3</b> 月 <b>31</b> 日まで (申請日時点で 帰国済み / 滞在中)
⑱ 療養に要した費用	<b>X,XXX</b> RMB ⑲ 診療の内容 <b>レントゲン、充填</b>
⑳ 海外で受診した理由	※治療を目的に渡航された場合は、支給対象外です。 1. 海外赴任 2. 海外赴任に帯同 3. 出張 4. 旅行 5. その他( )

◎振込先欄には被保険者(③欄の方)の口座または、事業所より届出されている口座をご記入ください。

① 公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は、下記の口座情報の記入は不要です。)
② 銀行コード	<b>0123 XXXX</b> (銀行コード) (普通、当座、その他)
③ 金融機関名称	支店コード <b>456</b> (支店、本店、出張所、その他)
④ 口座番号 (右づめで記入)	<b>0234567</b>
⑤ 口座名義	<b>カタカナで記入 ケンボ タロウ</b>
⑥ 口座名義区分	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者(申請者) <input type="checkbox"/> 事業所の受権代理人

◎委任状欄は事業所より届出されている口座へ振込みする場合のみご記入ください。

委任状	被保険者(申請者) 氏名	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。
	受領代理人 氏名	

受付日付印

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください。)

- 被保険者等記号・番号は、「マイナポータル」の資格確認画面、「資格情報のお知らせ」「資格確認書」のいずれかでご確認ください。わからない場合は、マイナンバーをご記入ください。
- 保険者が亡くなられて、相続の方が申請される場合は、③欄に被保険者名を記入し、右スペースに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。)  
※申請者が被扶養者以外の場合は戸籍謄本の原本等が必要となります。  
詳しくは、当組合(右上の電話番号)にお問合せください。
- 受診者が家族(被扶養者)の場合は、氏名、生年月日、戸籍上の被保険者との続柄をご記入ください。
- 傷病の原因が第三者行為によるもの場合は、当組合へご連絡いただいたうえ、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(右上の電話番号)にお問い合わせください。
- 療養に要した費用は、現地通貨にて記入してください。
- 振込先は被保険者名義の口座を記入してください。ご家族の口座への振込は出来ません。  
振込先を事業所に指定する場合、委任状欄にご記入ください。  
※必ず「銀行コード」・「支店コード」は通帳等を確認のうえご記入ください。  
注 訂正箇所には、二重線を引き訂正してください。  
注 申請書は個人ごと、医療機関ごと、月ごとに必要となります。  
また入院・外来についても申請書、様式A～Cはわけてご請求ください。  
注 日本語訳には訳者のサインが必要です。

**注意事項**

- 海外滞在期間中の申請は、事業主様を経由してご提出ください。  
(海外への電話、電子メール、海外への送金、支給決定通知書の送付は出来ません)
- 日本国内で保険適用となっていない療養(治療)は、支給対象外となります。

注：ご提出いただいた原本は、お返しできませんので、ご了承ください。

添付書類

	添付書類1 (診療を受けた現地の担当医の証明：いずれも原本)	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 (下記何れかを申請の都度添付してください) ▷ パスポート等の写し(出入国がわかるもの) ※1 ▷ 出入国時の航空券の半券の写し ▷ 海外赴任時の辞令の写し ※2 ▷ 海外赴任についての事業主証明(原本) ※3 ⑤ 調査に関する同意書
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	

※1 パスポート等の写しは、本人証明頁と申請(受診)期間直近の出入国履歴を添付してください。  
※2,3 被扶養者(海外赴任に帯同しているご家族)の場合は、帯同していることがわかる文言が入っている書類  
※ 提出先住所 〒113-8566 東京都文京区湯島3-15-4 東京都電機健康保険組合 医療給付課