健康保険　海外療養費　支給申請書

被保険者	被保険者証	記号		被保険者氏名
		番号		

下記のとおり療養費の支給を申請します

申請内容

受診者	☐ 被保険者　・　☐ 被扶養者（氏名　　続柄：　　）	
傷病名		発病または負傷年月日：令和　年　月　日
発病または負傷原因及びその経過		
診療を受けた医療機関等	名称 所在地	診療した医師等の氏名
診療を受けた期間	令和　年　月　日から　令和　年　月　日まで	日数
療養に要した費用の額	海外通貨：　　（例：豪ドル） ＿＿＿＿＿＿＿＿	第三者行為によるときはその事実：☐ 該当しない　☐ 該当する…別途届出が必要です
診療の内容		
受診者の情報	滞在国名 渡航期間：令和　年　月　日から　令和　年　月　日まで 渡航目的および海外滞在の理由	

＊ 保険証の記号が[1300]の方、あるいは請求時に退職されている方は下記へ振込先をご記入下さい。ゆうちょ銀行の取り扱いはありません。
上記以外の方は、事業所経由で支給されますので、②の委任状欄へご記入ください。

①振込先口座

金融機関名称	銀行　金庫　組合　その他（　　）　本店　支店　出張所　支所	預金種別	1．普通　2．当座
口座番号		（フリガナ）口座名義	（　　）
		口座名義の区分	1．申請者　2．代理人

※「代理人」が当健保加入の被扶養者以外の場合は、被保険者との続柄を証明する書類を添付してください。

②委任状

本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。　　令和　年　月　日

被保険者（申請者）
住所
氏名

添付書類
（1） 診療内容明細書（医科・歯科）と別紙邦訳書
（2） 領収証（原本）
（3） 海外に渡航した事実がわかる書類（ﾊﾟｽﾎﾟｰﾄ写し：滞在国の入出国の押印が確認できる頁、航空券など）
（4） 当該医療機関へ診療が行われた事実の有無や、診療内容の照会を行うことの「調査に関する同意書」　※別紙

【注】・被保険者又はその家族が海外に在住中や旅行中に負傷したり、疾病にかかった場合の費用については国内における保険診療の範囲内で払い戻しを受けることができます。
・療養費支給申請書は、受診者1名毎に（医科・歯科・調剤別）、入院・外来の別、受診月単位でご提出ください。
・傷病の原因が第三者行為（例えば交通事故）によるものである時は、別途【第三者行為による傷病届】の届出が必要となります。
・横浜ゴム健康保険組合が「やむを得ない事情がある」と認めた場合、給付を受けることができます。

【被保険者のマイナンバー記載欄】※上記、被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。

マイナンバーで申請の場合：1. 本人確認のため、書類（通知ｶｰﾄﾞ等の写し）も添付してください。
2. 申請書を郵送する場合は「簡易書留」で送付してください。

健保受付印

横浜ゴム健康保険組合