海外用

健康保険 被保険者 家族 海外療養費支給申請書

被保険者が記入するところ

① 記号・番号	記号 番号	② 被保険者（申請者）の氏名・生年月日	③ 昭和・平成　年　月　日
④ 被保険者（申請者）の住所	（〒　-　） TEL　（　） ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。		
⑤ 事業所の名称	TEL　（　）		
⑥ 受診者が家族（被扶養者）の場合	氏名	生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日
	被保険者との続柄		
⑦ 傷病名		⑧ 仕事中、通勤途中または第三者行為によるものですか	いいえ・はい
⑨ 発病または負傷の原因及びその経過	（いつ）令和　年　月　日	（どこで）	（何をしていて）
⑩ 診療を受けた医療機関等	名称	診療を担当した医師氏名	
	国名	所在地	
⑪ 診療を受けた期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日まで　日間	診療区分	入院・外来
	入院の場合、その入院期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日まで　日間	
⑫ 診療の内容		⑮ 診療に要した費用の額	通貨単位（　）
⑬ 渡航期間	平成 令和　年　月　日 ～ 平成 令和　年　月　日		
⑭ 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。		

⑯ 振込希望口座

☐ 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☑　利用しない場合は下記の欄を記入してください）
注）口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。
注）公金利用に☑があり、かつ下記の欄に口座の記載がある場合は、記載の口座へ振込みを行います。

銀行・信組 金庫・農協	支店 出張所	預金種別	口座番号	口座名義（カタカナ）
〔金融機関コード　〕	〔店番号　〕	☐ 普通 ☐ 当座		※ローマ字登録の方はローマ字で記入してください。

◎給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望する）場合は、下記の委任状へ記入してください。

⑰ 委任状

私は下記の者に給付金の受領に関する権限を委任します。
※☐**にチェックを入れてください。**
☐ 事業主の選定した保険給付金受領代理人(⑯の記入は不要です)
☐ その他の受取代理人

被保険者（申請者）　住所
氏名

受取代理人情報

代理人住所	（〒　-　）　TEL　（　） ※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。
代理人氏名	フリガナ

・海外療養費の申請には必ず翻訳文を添付してください。
・記入方法および添付書類等については別紙の「海外療養費申請の際のご注意」を確認してください。

受付日付印
（健康保険組合使用欄）

〔備考〕

記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

<送付・問合せ先>
〒169-8516　東京都新宿区百人町2-27-6
関東ＩＴソフトウェア健康保険組合
給付課　TEL　03-5925-5303

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

関東ＩＴソフトウェア健康保険組合
（令和7年6月改）

海外療養費申請の際のご注意

【記入上のご注意】

1．①記号・番号は被保険者証、資格情報のお知らせ又は資格確認書に記載されています。
2．⑥は家族（被扶養者）の療養による申請の場合のみ記入してください。
3．⑧が「はい」の場合で、傷病の原因が仕事中または通勤途中によるもので、労災に該当するときにはご申請いただけません。労災に該当するかは、労働基準監督署にご確認ください。第三者行為によるものであるときは、別途「第三者行為による傷病届」が必要になります。申請前に当組合求償課までご連絡ください。
4．⑩は診療を受けた医療機関、調剤薬局等について記入してください。
※医師氏名、薬剤師氏名が不明の場合は空欄としてください。
5．⑯、⑰（振込希望口座等）について
■振込先が被保険者（申請者）の口座の場合は⑯のみ記入してください。
■給付金に関する受領を代理人に委任する場合は、⑰の委任状が必要となります。
委任状の「事業主の選定した保険給付金受領代理人」、「その他の代理人」 のいずれかにチェック☑を入れ、

[事業主の選定した保険給付金受領代理人口座へ振込を希望する場合]
・被保険者の住所・氏名を記入してください。
・あらかじめお届けいただいている保険給付金受領代理人口座へのお振込みとなるため、⑯の記入は不要です。

[その他の受取代理人へ振込を希望する場合]
・被保険者の住所・氏名を記入してください。
・受取代理人情報の代理人住所・電話番号・代理人氏名を記入してください。
・⑯に受取代理人の口座を記入してください。

【注意事項】

1．海外滞在中の申請は、事業主を経由して、事業主の選定した保険給付金受領代理人の方などに委任してください。（海外への送金、支給決定通知書の送付は行っておりません。）
2．海外での治療内容や医療費は国によって異なります。海外療養費の給付額は、診療内容明細書に基づき、国内で保険診療を受けた場合に準じて算定されます。一般的に海外の医療費は、日本国内の医療費より相当高額になるケースが多いため、実際の給付額は海外で負担した額の1割程度かまたはそれ以下になる場合もあります。
3．「治療を目的」として海外へ渡航し治療を受けた場合は、支給対象外となります。
4．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。

【提出書類】

治療内容	添付書類
【医科の場合】	① 海外療養費支給申請書 ②「診療内容明細書」（様式A）と 翻訳文 ③「領収明細書」（様式B）と 翻訳文 ④ 領収書原本（海外の医療機関で医療費の支払いをした際のもの） ⑤ パスポートもしくは航空券等の写し（氏名及び海外に渡航した事実が確認できる書類） ⑥ 同意書（海外の医療機関に対して保険者が照会を行うことに関する同意書）
【歯科の場合】	① 海外療養費支給申請書 ②「歯科診療内容明細書 兼 領収明細書」（様式C）と 翻訳文 ③ 領収書原本（海外の医療機関で医療費の支払いをした際のもの） ④ パスポートもしくは航空券等の写し（氏名及び海外に渡航した事実が確認できる書類） ⑤ 同意書（海外の医療機関に対して保険者が照会を行うことに関する同意書）

※【医科の場合】②③と、【歯科の場合】②でご案内している様式Ａ．Ｂ．Ｃは担当医から証明を受けてください。
担当医からの証明が日本語以外の場合は必ず内容の翻訳（翻訳者の住所、氏名が必要）をしてご提出ください。
※同一人が同一月に同一医療機関等（入院・外来・調剤 別）で支払った額ごとに申請してください。

＜問合せ先＞ 給付課TEL 03-5925-5303 / 求償課TEL 03-5925-5326