

健康保険 被保険者 療養費支給申請書  
被扶養者

被保険者証の記号・番号 (枝番記入不要)		事業所の名称所在地	(株) ケーピーエム 東京都渋谷区神南1-2-34
15	1234	ケンボ タロウ	生年月日
(フリガナ) 被保険者氏名		健保 太郎	昭・平 3年 1月 1日
被保険者住所		〒150-0000 東京都品川区西五反田2-15-7	電話 03 - 1111 - 1111
(被扶養者の療養費の場合) 被扶養者氏名		続柄	生年月日
傷病名		インフルエンザ	発病または負傷年月日 4年 4月 1日 <input type="checkbox"/> 発病年月日等不明の場合はチェック
発病または負傷の原因及びその経過		旅行中に感染し、ホテルで気絶し運ばれた	交通事故などの第三者行為によるものですか はい・いいえ
診療を受けた病院等の名称・所在地		LA Clinic 123●●street.,suite●●●●●,CA 54321	
診療の期間		令和 4年 4月 1日 ~ 令和 4年 4月 2日 ( 2日間) 入院・入院外 ※ 装具購入の場合、装着日を記入してください ※ 装着日の場合は1日と記入してください	
診療内容		検査、点滴、薬の処方箋	
種別		1. 自費診療 2. 装具購入 3. 小児治療用眼鏡 (装具) 4. 海外診療 5. 血液購入 6. その他 ( )	診療に要した費用 800,000 <del>80,000円</del>
療養の給付を受けることができなかった理由		<input type="checkbox"/> 装具作成業者は健康保険契約がないため <input type="checkbox"/> 手続き中で保険証が手元に届いていなかったため <input checked="" type="checkbox"/> その他理由 ( 海外旅行中に感染したため )	訂正が必要な場合は訂正印または欄外(※)へ訂正者を記入

振込先金融機関	日本 銀行	五反田 支店	普通預金口座No.	1 2 3 4 5 6 7
※被保険者名義の口座	(フリガナ) ケンボ タロウ 口座の名義 健保 太郎			
以下の欄は、受領を代理人に委任するときのみ記入。この場合、上記				
受取代理人欄	本請求に基づく給付金に関する受領			
	被保険者住所 (申請者) 氏名			
(フリガナ) 代理人氏名	委任者と代理人との関係			

【添付書類についての注意事項】 ※申請内容に応じて添付する書類を確認してください。

(1) 自費診療の申請のときは、「診療報酬明細書」と「領収書」を添付してください。

(2) 輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医療担当者の証明」及び「輸血代金の領収証書」をつけてください。

(3) コルセット・ギプス・義肢等に関する申請のときは、それらの「装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書」及び「領収証書」(装具型番等の明細が記載されていない場合は明細書等も必要)を添付してください。  
※靴型装具は、装着する現物の写真も添付してください。

(4) 海外療養費の申請のときは、「診療内容証明書」及び「領収明細書」をつけてください。なお、外国語で記載されている証明書等には、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。

【記入上の注意事項】  
記入訂正する場合は訂正箇所を二重線で抹消し訂正印を押印または欄外「訂正者氏名」にフルネームで署名してください。

(※)

訂正者氏名：健保 太郎

● 給付の範囲について

海外療養費の支給対象となるのは、日本国内で保険診療として認められている医療行為に限られています。日本国内で保険適用となっていない医療行為や薬が使用された場合は給付の対象になりません。また、療養（治療）目的で海外へ渡航し診療を受けた場合は、支給対象となりません。日本で実施できない診療（治療）を受けた場合も保険給付の対象外となります。

● 支給金額について

日本国内の医療機関等で同じ治療をした場合に治療費を基準に計算した額（実際に海外で支払った額のほうが低いときはその額）から、自己負担相当額（患者負担分）を差し引いた額となります。

※但し日本と海外での医療体制、治療方法等が異なることから、海外で支払った総額から自己負担相当額を差し引いた額よりも支給金額が大幅に少なくなることがあります。

※外貨で支払われた医療費については、支給決定日の外国為替換算率（売レート）を用いて円に換算し、支給金額を算出

【記入上の注意事項】

記入訂正する場合は訂正箇所を二重線で抹消し訂正印を押印または欄外「訂正者氏名」にフルネームで署名してください。

(※)

訂正者氏名： 健保 太郎