

海外療養費（歯科）支給申請書 記入例

東京電子機械工業 健康保険組合 | 医療課一係 03-3843-1456

健康保険 被保険者 海外療養費（歯科）支給申請書 家 族			
被 保 険 者 情 報	①被保険者証	記号 987 番号 654321	②事業所名称 (株)〇〇〇〇
	③氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎 (押印不要)	④生年月日 昭・平・令〇〇 年〇 月〇 日
	⑤住 所	〒 110- 0000 東京都墨田区〇〇 1-2-3 □□マンション×××号	⑥電話番号 (日中の連絡先) 090 (1234)〇〇〇〇
			⑦提出委任 ☐ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)

【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。

振 込 先	⑧金融機関名称	〇〇〇〇 (銀行・金庫・信組 農協・その他) △△△△ (支店 その他)	コード番号 1234 567	⑨預金種別 ☒ 普通 ☐ 当座 ☐ その他()
	⑩口座番号	1234567	⑩口座番号	1234567
	⑪口座名義 (カタカナで記入)	ケンボ タロウ	⑫口座名義区分 ☒ 被保険者(申請者) ☐ 代理人	

③ ⑬ 公金受取口座 ☐ 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、上記の口座情報の記入は不要です。)

委 任 状	④ ⑭ 口座名義が代理人の場合にご記入ください。	⑭被保険者 (申請者)	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。	令和 年 月 日
		⑮代理人 (口座名義人)	住所	
		氏名	被保険者との関係 ()	

申 請 内 容	⑯受診者 (どちらかに✓)	☐ 被保険者 ☒ 家族(被扶養者)	⑰第三者行為によるものですか ※ ☐ はい ☒ いいえ
	⑱家族の場合はその方の	氏名 健保 花子 生年月日 昭(平) 令〇〇 年〇 月〇 日 続柄(長女)	
	⑲傷病名	虫 歯	⑳発病又は負傷年月日 (療養開始日) 平(令)〇 年 8 月 2 日
	㉑発病の原因および経過	1. 病気 数日前から歯が痛くなった (原因および経過) 2. ケガ →別紙、負傷原因届を併せてご提出ください。	
	㉒診療を受けた病院等	名称 〇〇〇〇〇〇〇〇 所在地 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	㉓診療した医師の氏名 〇〇 〇〇
	㉔診療期間 (支給期間)	平(令)〇 年 8 月 2 日 から 平(令)〇 年 8 月 7 日 まで (日数 2 日)	
	㉕上記期間に入院していた場合はその期間	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで (日数 日)	

㉖療養に要した費用 外貨で記入してください	×,×××	㉗診療の内容	虫歯の治療を受けた
㉘療養の給付を受けることができなかった理由	2 2. 海外で治療を受けたため(歯科)		

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、健康保険組合にご連絡(03-3843-1457)ください。

受付日付印

マイナンバー記入欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

⑧ マイナンバーを記入した場合、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。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

東京電子機械工業 健康保険組合 (送付先: 〒111-8530 東京都台東区雷門1-13-8)

R5.7

記入もれや誤りが多いところ (特にご注意ください。)

- 被保険者証の記号及び番号は、保険証に記載されています。
- 家族(被扶養者)が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。
被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、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。)
- マイナンバーとともに国に登録している公金受取口座を振込先にする場合は✓を付けてください。
(被扶養者でない方や受取代理人は、公金受取口座を振込先に指定できません。)
注: マイナポータル等で口座情報を登録・変更した場合、情報が反映されるまでに数日を要します。
- 口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は、「委任状」欄の記入が必要です。
なお、代理人(口座名義人)が当組合の加入員でないときは、続柄のわかる書類(戸籍謄本、住民票など)の添付が必要となります。
- 「はい」と答えた場合は、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(03-3843-1457)にお問い合わせください。
- 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。
- 医療機関名等をご記入ください。なお、薬剤に係る申請は、その薬局の名称等をご記入ください。
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。
- ①の被保険者証の記号及び番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

注: ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。
(二重線には、どなたが訂正したかわかる訂正印(又はサイン)が必要となります。)

	添付書類1 (診療を受けた現地の担当医の証明)	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
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	▷ パスポート等の写し(出入国がわかるもの) ⑤ 調査に関する同意書

注: この申請書を事業所(事業主)経由で提出される場合は、「被保険者情報」欄の「提出委任」に✓を付けてください。