



# 健康保険 海外療養費 支給申請書 (歯科)

1 2 3

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)		
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 傷病名		3 発病または 負傷年月日	令和 年 月 日
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	<input type="checkbox"/> 病気 (原因および経過)  <input type="checkbox"/> ケガ → 「負傷原因届」を併せてご提出ください。		
	5 診療を受けた医療機関等の 国名	名称	所在地	診療した医師等の氏名
		名称	所在地	診療した医師等の氏名
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日	年 月 日	日数 日
	6 - ①上記の期間に 入院していた場合は、 その期間	(令和) 年 月 日	年 月 日	日数 日
	7 療養に要した費用の額	_____ ( )通貨単位を記入してください。(例: アメリカドル)		
8 診療の内容				
9 受診者の情報	(1) 受診者の海外渡航期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日  ※海外渡航期間が確認できる書類として、以下のいずれかの書類を添付してください。(海外勤務者除く) ・パスポートの写し(①氏名、顔写真と②当該期間の出入国スタンプのページ) ・査証(ビザ)の写し(氏名と有効期限が記載されたもの) ・航空券の写し(eチケットの控えを含む)  (2) 診療を受けた期間における海外渡航(滞在)の理由を選んでください。  <input type="checkbox"/> 海外勤務(同行家族を含む) <input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> その他 [ ]			

- 注) 1.領収書(原本)を添付してください。  
 2.傷病が第三者行為によるときは、「第三者の行為による傷病届」を添付してください。  
 3.被保険者が亡くなられ、相続人の方が請求する場合被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等が必要です。

「療養担当者記入用」は3ページに続きます。>>>



## 同意書 Agreement of Authorization

海外療養費支給申請書類にある事実（療養行為を行った日時、場所、療養内容等）を確認するため、申請書類の提供等によって、療養行為を行った者に照会を行い、当該者からその照会内容について情報提供を受けることに同意します。

In order to confirm the facts (date, time and place of medical treatment, treatment details, etc.) stated in the form for claiming overseas medical treatment benefits, I agree that an inquiry shall be made of the person who performed the medical treatment, wherein such an inquiry is conducted by, for example, providing the claim form, to obtain information from the said person regarding the content of the inquiry.

### 【署名・押印欄】

KOA健康保険組合 御中

署名日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

#### ●療養を受けた者の署名欄

患者氏名： \_\_\_\_\_ (印)

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所： \_\_\_\_\_

※海外に居住している場合は、国名から記入してください

#### ●代理人の署名欄

氏名： \_\_\_\_\_ (印)

住所： \_\_\_\_\_

療養を受けた者との関係： 親権者（本人が未成年の場合）  
成年後見人（本人が成年被後見人の場合）  
法定相続人（本人が死亡している場合）  
その他（ \_\_\_\_\_ ）