

常務理事	事務長	係

療 養 費
家 族 療 養 費

支 給 決 定 伺

支 給 決 定 日		計 算 式	$\times \frac{0.7}{0.8}$	支 給 決 定 金 額	円
--------------	--	-------	--------------------------	----------------	---

被保険者
被扶養者

海 外 療 養 費 支 給 申 請 書

◎記入方法および添付書類等については、別紙の「海外療養費支給申請書記入の手引き」と記入例を確認してください。

被 保 険 者 の 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者等	記号 番号	② 事業所の名称								
	③ 被保険者の氏名				生年月日	昭和 平成	年	月	日		
	④ 被保険者の住所	〒			TEL *日中に連絡が取れる電話番号を記入してください						
	⑤受診者が家族 (被扶養者) の 場 合	氏 名		生年月日	昭 平 令	年	月	日	続柄		
	⑥ 傷 病 名				⑦発病又は 負傷の年月日	平 令	年	月	日		
	⑧ 発病又は負傷の原因 (外傷の場合は、いつ・どこで・ 何をしていて・どのようなな ったのかを具体的に記入)										
	⑨ 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 ⇒「海外療養費支給申請書記入の手引き」をご確認ください								
	⑩ 診療を受けた医療 機関の名称・所在地 及び医師の氏名	名称 氏名			所在地						
	⑪ 診療の内容										
	⑫ 診療の期間	令和	年	月	日	日数	診療区分	入院の場合、その入院期間			
		令和	年	月	日	日	入院・外来	令和	年	月	日
	⑬ 診療に要した費用の額	通貨単位()					⑭ 国 名				
	⑮ 渡 航 理 由	☐ 海外赴任 ☐ 出張 ☐ 旅行 ☐ 留学 ☐ その他 () ※治療を目的に渡航された 場合は、支給対象外です					⑯ 渡航期間 自 平成・令和 年 月 日 至 平成・令和 年 月 日				
	↓被保険者(従業員)口座を記入 ※被扶養者(家族)口座は振込不可のためご注意ください										
	振 込 先	☐ 銀行 ☐ 信用金庫 ☐ 農協 ☐ 労働金庫		支店		種 別	☐ 普通 ☐ 当座	口座番号			
金 融 機 関 番 号		店 番 号		口座名義(被保険者(従業員) カナ							

受付印

※領収書等は返却できません。必要な方はご提出前に各自でコピーをおとりください。

海外療養費支給申請書記入の手引き

海外渡航中に急な病気やけがでやむを得ず現地の医療機関を受診した場合、申請により一部医療費の払い戻しを受けることができます。

【記入上のご注意】

- ①被保険者等の記号・番号は、資格情報のお知らせ(Pep Up)、マイナ保険証(マイポータル)、資格確認書等で確認ができます。
- ⑤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。
- ⑨が「はい」の場合で、傷病の原因が工作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「第三者行為による負傷届」が必要です。申請前に一度当組合までご連絡ください。
- 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にしてください。
- ⑯は渡航中の場合は、始めの日付のみ記入してください。
- ⑰は被保険者(従業員)の口座を記入してください。家族(被扶養者)の口座では振込不可のためご注意ください。

【注意事項】

- 海外療養費の給付額は、日本国内で同等の傷病を治療した場合にかかる治療費を基準に計算した額(実際に海外で支払った額の方が低いときはその額)から自己負担相当額(患者負担分)を差し引いた金額となります。
*日本と海外では医療体制や治療方法等が異なるため、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。
- 美容整形やインプラントなど、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、給付対象になりません。
- 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。また、日本で実施できない診療を行った場合も、保険給付の対象とはなりません。
- 海外で治療費の支払いをした翌日から2年経過すると、時効により申請できなくなります。
- 領収書等の原本は返却できませんので、必要な方はご提出前に各自でコピーをおとりください。

【提出書類】

治療内容	添 付 書 類
【医科の場合】 5以外は全て原本	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(医科)【様式B】と翻訳文 4. 領収書 5. 受診者の海外渡航期間が確認できる書類(下記いずれか1つ) ・パスポートのコピー(氏名・顔写真と渡航先の出入国スタンプのページ) ・査証(ビザ)のコピー(氏名と有効期限が記載されたもの) ・航空チケットコピー(eチケット控えを含む) 6. 調査に関する同意書 ※5・6は海外赴任者(帯同家族も含む)不要
【歯科の場合】 5以外は全て原本	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(歯科)【様式C】と翻訳文 4. 領収書 5. 受診者の海外渡航期間が確認できる書類(下記いずれか1つ) ・パスポートのコピー(氏名・顔写真と渡航先の出入国スタンプのページ) ・査証(ビザ)のコピー(氏名と有効期限が記載されたもの) ・航空チケットコピー(eチケット控えを含む) 6. 調査に関する同意書 ※5・6は海外赴任者(帯同家族も含む)不要

※ 診療内容明細書【様式A】と領収明細書医科・歯科【様式B】【様式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・電話番号が必要)をしてご提出ください。

記入例(海外)

健康保険組合記入欄

別シート「記号-番号の確認方法」をご参照願います。

海外療養費支給申請書

任意継続・特例退職保険の方は、「任継」、「特退」と記入

けがの場合は「負傷日」、けが以外の場合は「発病日または療養開始日」

◎記入方法および添付書類等については、別紙の「海外療養費支給申請書記入の手引き」と記入例を確認してください。

① 被保険者等	記号 1 番号 123456	② 事業所の名称	大和ハウス工業株式会社		
③ 被保険者の氏名	健保 太郎		生年月日	昭和 ×× 年 ×× 月 ×× 日 平成	
④ 被保険者の住所	(〒 111 - 1111) ××県××市××町1-2-3		TEL	090 (××××)××××	
⑤ 受診者が家族(被扶養者)の場合	氏名	健保 花子	生年月日	昭和 ×× 年 ×× 月 ×× 日 平成	続柄 妻
⑥ 傷病名	胃腸炎		⑦ 発病又は負傷の年月日	平成 8 年 7 月 1 日 令和	
⑧ 発病又は負傷の原因(外傷の場合は、いつ・どこで・何をしていた・どのような状態になったのかを具体的に記入)	急な発熱と腹痛があり受診				
⑨ 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 ⇒ 「療養費支給申請書記入の手引き」をご確認ください				
⑩ 診療を受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	名称	×××病院	所在地	××県××市××1-1-1	
	氏名	大和 一郎			
⑪ 診療の内容	診察と薬の処方				
⑫ 診療の期間	自) 令和 8 年 7 月 1 日 至) 令和 8 年 7 月 1 日	日数 1 日	診療区分 入院 外来	入院の場合、その入院期間 自) 令和 年 月 日 至) 令和 年 月 日	
⑬ 診療に要した費用の額	350		通貨単位(ドル)	国名	⑭ ハワイ
⑮ 渡航目的	☐ 海外赴任 ☐ 出張 ☒ 旅行 ☐ 留学 ☐ その他 ()		※治療を目的に渡航された場合は、支給対象外です ⑯ 渡航期間 自 平成・令和 8 年 6 月 27 日 至 平成・令和 8 年 7 月 3 日		
↓被保険者(従業員)口座を記入 ※被扶養者(家族)口座は振込不可のためご注意ください					
⑰ 振込先	銀行 信用金庫 農協 労働金庫	〇〇	支店	種別 ☒ 普通 ☐ 当座	口座番号 1 2 3 4 5 6 7
	金融機関番号	△△	店番号	口座名義 <被保険者(従業員)> カナ	ケンポ タロウ

※領収書等は返却できません。必要な方はご提出前に各自でコピーをおとりください。

<大和ハウス工業健康保険組合>

★必要書類を忘れずに添付してください
 ≪「海外療養費支給申請書記入手引き」をご確認ください≫

受付印

記号－番号の確認方

健康保険の記号と番号の確認方法は、以下の通りです。

- DG-CORE の「人事記録確認」で確認
- 「資格情報のお知らせ(Pep Up)」で確認
- 「マイナ保険証(マイナポータル)」確認
- 「資格確認書」で確認

いずれの方法でも確認ができない場合は、会社の人事部へご確認ください。

DG-CORE の「人事記録確認」で確認する方法

人事記録確認

確認完了

2026年度 人事記録確認

あなたの人事記録は下記のとおり登録されています。

注意事項を必ず読み、登録内容の確認作業を行ってください。

Ⅰ. 個人記録 注意事項 (必須)

所属情報

所属:
氏名: 従業員番号:
役職: 資格級:
部門: 職種:
入社年月日: 入社区分:
4/1勤続年数: 4/1年齢:
従業員区分: 本人出身地:
生年月日: 性別:
障がい者区分: 障がい者手帳有効期限:

各種情報

内線番号:
外線番号:
電子メール:
FAX番号:
基礎年金番号:
企業年金基金加入者番号:
DC加入者口座番号:
持株Webログイン初期パス:
ワード

あなたの
記号－番号が
確認できます

健康保険 記号:
健康保険 番号:

氏名

氏名 (ローマ字) はこの画面より直接入力してください (登録必須)

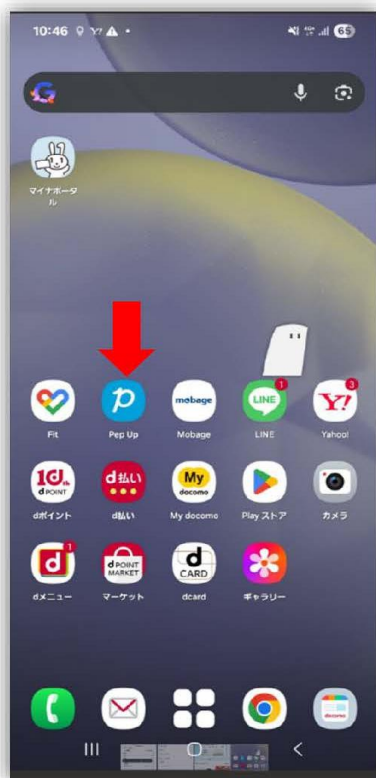
氏名:

氏名 (カナ):

「資格情報のお知らせ(Pep Up)」で確認する方法

※マイナ保険証登録の有無に関わらず

①Pep Up アプリをタップ



②それをタップ



③資格情報のお知らせをタップ



④資格情報のお知らせの赤矢印の箇所に
記号・番号が掲載されています。



「マイナ保険証(マイナポータル)」確認する方法

※マイナ保険証登録をされている方

1. 「マイナ保険証」(マイナポータルから閲覧)・・・マイナ保険証登録をされている方

①マイナポータルをタップ



②登録・ログインをタップ



③電子証明書パスワード(数字4桁)を入力



④スマホにマイナカードを密着させる



⑤証明書の健康保険証をタップ

⑥下へスクロール



⑦資格情報の赤矢印の箇所に記号・番号が掲載されています。

区分
一般

記号
■ [コピー](#)

番号
■■■■■■■■■■ [コピー](#)

枝番
■ [コピー](#)

フリガナ
■■■■■■■■■■

氏名
■■■■■■■■■■

生年月日
昭和■■年■■月■■日

性別
男

資格取得年月日
昭和■■年■■月■■日

「資格確認書」で確認する方法

※マイナ保険証登録をされていない方

表面の赤枠の箇所に記号・番号が記載されています。

(裏面)		(表面)																																					
備考 ※ 以下の欄に記入することにより、臓器提供に関する意思を表示することができます。記入する場合は、1から3までのいずれかの番号を○で囲んでください。 1. 私は、脳死後及び心臓が停止した死後のみならず、移植の為に臓器を提供します。 2. 私は、心臓が停止した死後に限り、移植の為に臓器を提供します。 3. 私は、臓器を提供しません。 ※1又は2を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください。 【 心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸・眼球 】 〔特記欄〕 署名年月日： 年 月 日 本人署名（自筆）： 家族署名（自筆）：		〇〇都道府県国民健康保険資格確認書 有効期限 年 月 日 <table border="1"><thead><tr><th>記号</th><th>番号</th><th>姓</th><th>名</th></tr></thead><tbody><tr><td colspan="4">氏 名</td></tr><tr><td colspan="2">生 年 月 日</td><td colspan="2">年 月 日</td></tr><tr><td colspan="2">適用開始年月日</td><td colspan="2">年 月 日</td></tr><tr><td colspan="2">交付年月日</td><td colspan="2">年 月 日</td></tr><tr><td colspan="4">一部負担金の割合</td></tr><tr><td colspan="4">世帯主氏名</td></tr><tr><td colspan="4">生 所</td></tr><tr><td colspan="4">保険者番号並びに交付者の名称及び印</td></tr></tbody></table>		記号	番号	姓	名	氏 名				生 年 月 日		年 月 日		適用開始年月日		年 月 日		交付年月日		年 月 日		一部負担金の割合				世帯主氏名				生 所				保険者番号並びに交付者の名称及び印			
記号	番号	姓	名																																				
氏 名																																							
生 年 月 日		年 月 日																																					
適用開始年月日		年 月 日																																					
交付年月日		年 月 日																																					
一部負担金の割合																																							
世帯主氏名																																							
生 所																																							
保険者番号並びに交付者の名称及び印																																							