

療 養 費 支 給 申 請 書

(海外療養費) 医科・ 歯科

該当する項目に☑してご提出ください。

受診者が被保険者本人の場合は申請の前に、事業主の指定する医療・障害保険等の給付について確認のうえご申請下さい。(注4)

被 保 者	被保険者等 記号 _____ 番号 _____	事業主使用欄 この申請書は被保険者が作成したものである <input type="checkbox"/>			
	事業所名称	記号・番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください			
	所 属				
保 険 者	被 保 険 者 氏 名	連 絡 先	日中連絡可能な番号(携帯電話など)		
	受 診 者 氏 名・枝 番	受 診 者 生 年 月 日	昭 和 平 成 令 和	年 月 日	年 齢 続 柄 歳
記 入 欄	疾病または負傷の原因 ※できるだけ詳しく書く				
	傷 病 名	受 診 した 期 間	自 至	年 月 日	年 月 日
	受診した医療機関の所在地・名称・TEL 所在地		診 療 費 の 額	現 地 通 貨	入院・外来の別 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来
	名称		診 療 内 容	別 紙 診 療 明 細 書 の と お り	日本円 換 算 円
入 欄	療養の給付を受けることが出来なかった理由	海外で診療を受けたため 海外渡航の理由 <input type="checkbox"/> 業務による渡航(渡航期間 / ~ /) (該当する項目に☑) <input type="checkbox"/> 業務外の渡航 <input type="checkbox"/> その他(渡航理由)			
	添付書類 チェック欄	<input type="checkbox"/> ①調査に関わる同意書 <input type="checkbox"/> ④パスポートのコピー <input type="checkbox"/> ②領収書(原本・コピー不可) (本人確認(写真添付)ページ・渡航期間確認可能なページ) <input type="checkbox"/> ③診療内容明細書(原本・コピー不可)			
	※日本語以外の書類は、全文和訳翻訳を付記してご提出ください。				
欄	上記のとおり請求します。 支給金額の受領を事業主に委任します。(注5) 令和 年 月 日				
	住 所	被 保 険 者 氏 名			
健 保 組 合 記 入 欄	現 地 費 用 合 計 額	(通貨単位:)	療 養 費 ・ 第 二 家 族 療 養 費	支 給 決 定 年 月 日	
	換 算 レ ー ト	円	高 額 療 養 費	令 和 年 月 日	
	請 求 額	円	一 部 負 担 還 元 金	備 考	
	食 事 療 養 費	円	家 族 療 養 付 加 金	被 保 険 者 資 格 得 喪 年 月 日	
	査 定 額	円	食 事 療 養 費	取 得 <input type="checkbox"/> 昭 和 <input type="checkbox"/> 平 成 <input type="checkbox"/> 令 和 年 月 日	
	食 事 療 養 費	円	支 給 額 合 計	喪 失 令 和 年 月 日	
	自 己 負 担 額	円		常 務 理 事 事 務 長 主 任 担 当	
割 合 %	円				
食 事 療 養 費	円				

(注) 1. 毎月23日を健保受付締切日とし、必要事項を確認のうえ審査・支給決定後、事業所経由で振込します。(審査に2か月ほどかかります)

2. 第三者行為(交通事故等)により負傷した場合は第三者行為による傷病届を提出することが給付の条件となりますので、速やかにご提出ください。なお、ご提出いただけない場合は給付制限または不支給となる場合があります。

3. 提出された添付書類をもとに、日本国内で保険診療を受けた際の診療内容に置き換えたうえで算定しますので、実際にかかった金額が支給されない場合もあります。あらかじめご了承ください。

4. 受診者が被保険者本人の場合、所属事業所より指定されている海外旅行傷害保険により給付を受けられる場合は、そちらが優先となりますので、ご注意ください。

5. 任意継続被保険者の方については、加入時に申請いただいた銀行口座へ振込みいたします。