

2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

資格情報のお知らせや資格確認書等をご確認のうえ記入してください。

療 養 費 支 給 申 請 書

第 二 家 族 療 養 費

(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。

記号番号が記入してあれば、マイナンバーは記入不要です。

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 険 者	被 保 険 者 等	記号 9999	番号 8888888	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	所属の会社名を記入		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					
保 険 者	所 属	所属部署を記入							
	被 保 険 者 氏 名	被保険者(本人)氏名を記入		連絡先	日中連絡可能な番号(携帯電話など)				
受 診 者	受 診 者 氏 名・枝 番	申請対象者の氏名を記入 ・ (枝番)		受 診 者 生 年 月 日	昭 和 平 成 令 和	年 月 日	年 齢	続 柄	歳
	疾 病 又 は 負 傷 の 原 因	※できるだけ詳しく書く							
傷 病 名	傷 病 名	受 診 し た 期 間	自 至	年 月 日	年 月 日	入院・外来の別 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来			
	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	申請時の売レートで記載のこと 円			
入 欄	名称	TEL		診療内容	別紙診療明細書のとおり				
	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 (該当する項目に☑) <input type="checkbox"/> 業務による渡航(渡航期間 / ~ /) <input type="checkbox"/> 業務外の渡航 <input type="checkbox"/> その他(渡航理由)					
欄	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"/> ②領収書(原本・コピー不可) <input type="checkbox"/> ③診療内容明細書(原本・コピー不可)		<input type="checkbox"/> ④パスポートのコピー (本人確認(写真添付)ページ・渡航期間確認可能なページ)					
	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						

健保使用欄です。記入しないでください。

- (注) 1. 毎月23日を受付締切日とし、必要事項を確認のうえ支給決定後、翌月事業所経由で振込します。
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。