

海外療養費支給申請書

※請求の時効は2年です

〇〇年 〇月 〇日提出

記入例

被 保 険 者 （ 請 求 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 記号一番号	1 - 1 2 3 4 5 6	フリガナ	ケンボ タロウ											
	被保険者氏名 (署名)	健保 太朗 <small>請求書裏面、記入例を全て確認の上、請求します。</small>													
	所 属	〇〇 部	〇〇 室	工場 課											
	社内メール	〒1234	内線 又は外線	5 5 1 - 1 2 3 4 5	書記名	〇〇	書								
	被保険者住所	〒 4 4 8 - 〇〇〇〇 愛知 都・道 府・県 〇〇 市 区 〇〇 区・町 村 〇丁目〇番地 TEL(0 5 6 6) 〇〇 - 〇〇〇〇													
	照会等の同意	私は、本療養費の支給に際し、貴保険組合が必要に応じ、担当医、装具会社、又は他の関係する保険者等に必要な情報を提示すること及び照会することに同意します。また、この請求書の写しも有効であることに同意します。													
	療養を受けた 方の氏名	健保 花		生年月日	S (H) R 〇〇年 〇月 〇日	続柄	長女								
	医療扶助該当 の有無	<input checked="" type="radio"/> 有	<small>有の場合は、請求書裏面に記載してください。</small> 医療扶助「有」・・・国内の病院で治療を受ける際に、窓口で個人負担分の一部または全部を												
	傷病名	急性気管支炎			渡航理由	旅行のため									
	発病又は負傷の原因	どこで(国名) 中国			何をしていたか※1 のどの痛み、発熱のため受診										
第三者行為又は業務上(通勤中も含む)による傷病ですか?	<input type="checkbox"/> はい ⇒申請前に健保組合までお問合せください <input type="checkbox"/> いいえ														
療養を受けた 医療機関	名称	〇〇〇〇〇〇〇〇				療養に要した費用(領収書金額)									
	所在地	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇				700 円									
	医師名	〇〇 〇〇				(海外での支払通貨【 元 】)									
給付金振込先	振込先(被保険者名義) ※裏面の3項④をご確認下さい。														
	フリガナ	〇〇〇〇	〇〇	店番	1	2	3	口座番号	0	0	1	2	3	4	5
	銀行・信金	〇〇〇〇	〇〇	店	預金種別			フリガナ	ケンボ タロウ						
	信組・農協	〇〇	〇〇		普通 当座			口座名義人氏名	健保 太朗						
	金融機関コード(健保記入)														

必ず請求書裏面、記入例を全て確認した上で請求して下さい。

医療扶助「有」・・・国内の病院で治療を受ける際に、窓口で個人負担分の一部または全部を

必要書類 (書類の確認の際にご利用下さい)	① <input checked="" type="checkbox"/> 診療内容明細書 (FormA)	提出前の最終チェック <input checked="" type="checkbox"/> 海外療養費支給申請【歯科】用は、歯科の場合のみご提出ください。 ※決定通知書はD'sばーたるへの掲載となります。 <input checked="" type="checkbox"/> D'sばーたるは登録してありますか
	② <input checked="" type="checkbox"/> 領収明細書 (FormB)	
	③ <input checked="" type="checkbox"/> 翻訳 (FormC)	
	④ <input checked="" type="checkbox"/> 診療費用の領収書 (原本)	
	⑤ <input checked="" type="checkbox"/> 旅券または航空券 (写し)	

健康 保 険 組 合 使 用 欄	給付区分コード	111. 療養費 118. 海外療養費 201. 補装具 その他 ()					支給番号	5 0 0				
	区 分	1. 本入 2. 本外 3. 六入 4. 六外 5. 家入 6. 家外 7. 高入一 8. 高外一 9. 高入7 0. 高外7										
	資格取得日	資格喪失日		支給期間	R	年	月	日から				
	家族番号	医療扶助	有 () ・ 無		R	年	月	日まで		日間		
	診療実額	円	給付額合計		円	付加金・高額療養費			無・有・停止			
	備考											

※1 特に原因が特定できないときは不詳とご記入下さい。

室 長	検 討	担 当	受 付