

記入例

海外療養費支給申請書

※申請の効力は2年です

〇〇年 〇月 〇日提出

|                                                                                       |                             |                                                                                                  |                    |                   |      |                     |                               |       |       |    |         |                           |   |   |         |   |   |   |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------|------|---------------------|-------------------------------|-------|-------|----|---------|---------------------------|---|---|---------|---|---|---|---|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>（<br>申<br>請<br>者<br>）<br><br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | 記号—番号                       | 1 — 1 2 3 4 5 6                                                                                  | フリガナ               | ケンボ タロウ           |      |                     |                               |       |       |    |         |                           |   |   |         |   |   |   |   |
|                                                                                       | 所 属                         | 〇〇 部 〇〇 室                                                                                        |                    | 工場                | 課    |                     |                               |       |       |    |         |                           |   |   |         |   |   |   |   |
|                                                                                       | 社内メール                       | 〒1234                                                                                            | 内 線<br>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<br>愛知 都・道 府・県 〇〇 市 区 〇〇 区・町 〇丁目〇番地<br>愛知 〇〇 市 〇〇 区・町 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、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、この申請書の写しも有効であることに同意します。 |                    |                   |      |                     |                               |       |       |    |         | 被保険者氏名（署名）<br>健保 太朗       |   |   |         |   |   |   |   |
|                                                                                       | 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                   | 有                                                                                                | 有の場合は、<br>1. 子ども医療 |                   |      | 又は負傷の日              |                               |       |       |    | 〇年〇月〇〇日 |                           |   |   |         |   |   |   |   |
|                                                                                       | 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）<br>中国                                                                                    |                    |                   |      |                     | 何をしていてどうした※1<br>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？ |                                                                                                  |                    |                   |      |                     | □はい ⇒申請前に健保組合までお問合せください □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                                                                                             |                    |                   | 〇〇〇  |                     |                               | 店番    | 1     | 2  | 3       | 口座番号                      | 0 | 0 | 1       | 2 | 3 | 4 | 5 |
|                                                                                       | 〇〇〇〇                        | 銀行・信金<br>信組・農協                                                                                   |                    |                   | 〇〇   |                     |                               | 店     | 預金種別  |    |         | フ リ ガ ナ                   |   |   | ケンボ タロウ |   |   |   |   |
|                                                                                       | 金融機関コード（健保記入）               |                                                                                                  |                    |                   |      |                     |                               |       | 普通 当座 |    |         | 口座名義人氏名                   |   |   | 健保 太朗   |   |   |   |   |

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<br><br>(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                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                              | 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) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                              | ⑥ <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。<br>※決定通知書はD'sぼーたるへの掲載となります。<br><input checked="" type="checkbox"/> D'sぼーたるは登録してありますか |                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|           |         |                                                                 |  |  |       |           |  |  |      |           |  |      |            |  |  |  |  |
|-----------|---------|-----------------------------------------------------------------|--|--|-------|-----------|--|--|------|-----------|--|------|------------|--|--|--|--|
| 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 |
|     |     |     |     |