

使用レート：	受付No.		常務理事	事務長	担当
令和 年 月 日 支給決定	支給額				円

**被保険者・被扶養者 海外療養費支給申請書**

資生堂健康保険組合 理事長 殿

【太枠内は必ず記入ください】

被 保 者	被保険者証の 記号・番号	—	被保険者 氏名	(社員番号： )	
	受診者氏名			受診者の 生年月日	昭和・平成 年 月 日
	傷病名			発病又は負傷 の年月日	年 月 日 (負傷の場合は 時頃)
	傷病の原因と経過				
受 け た 療 養 に 対 す る 病 院 等 へ の 支 払 額	通貨		入院・入院外	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 入院外
	金額		診療期間	自 年 月 日	至 年 月 日
	国名		診療日数	日	
日 本 国 内 で 受 診 で き な か つ た 理 由	<input type="checkbox"/> 海外駐在 (家族帯同含む)	<input type="checkbox"/> 海外出張		<input type="checkbox"/> その他 (理由 ) ※その他の場合はパスポートの写しを添付	
	労災・通勤災害・第三者行為による傷病ですか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
入 欄	上記のとおり申請します。私は上記給付金の受領を下記事業主に委任します。 資生堂健康保険組合が医療機関等に対して療養が行われた事実の有無や行われた療養等の内容照会を行うこと また当該医療機関等が内容照会の回答をすることに同意します。  (必ず署名は自署すること)				
	令和 年 月 日	〒	住所	被保険者 氏名	印
			TEL		

事 業 主 記 入 欄	この請求内容が正しいことを証明します。委任を受けた給付金の受領は、貴健康保険組合との間で定められた方法で受けとります。				
	令和 年 月 日	受領者 所在地			
		事業所名			
		事業主名			
					印

注 意	以下の条件が異なる場合は分けて申請してください。 ○診療を受けた月    ○診療を受けた医療機関    ○入院・外来の別					
添 付 書 類	必要となる書類				健保受付日	
	①	診療内容明細書 (診療内容がわかる医師の証明書)				
	②	領収明細書 (原本) (受診者の氏名が入ったもの)				
	③	日本語翻訳				
④	※理由がその他の場合は、パスポートの写し (氏名の頁、滞在国の入国あるいは出国の押印が確認できる頁)					