

使用レート:		記入見本	常務理事	事務長	担当
令和 年 月 日	支給決定	国内の療養費支給申請書に比べ、審査決定に時間を要します。			

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	被保険者等の	記号	○ ○ ○ ○	被保険者	(社員番号 ○○○○○○ )	
		番号	○ ○ ○ ○ ○ ○	氏名	花椿 太郎	
保 険 者	受診者氏名	花椿 太郎			受診者の生年月日	●昭和 ○平成 ○令和 0 年 0 月 0 日
	傷病名	急性胃腸炎			発病又は負傷の年月日	0 年 0 月 0 日 (負傷の場合は 時頃)
入 欄	傷病の原因と経過	夜中に突然、吐気・下痢・激しい腹痛・発熱が起こり、病院を受診した。				
	受けた療養に対する 病院等への支払額	通貨	ドル	入院・入院外	●入院 ○入院外	
		金額	0,000	診療期間	自 0 年 0 月 0 日 至 0 年 0 月 0 日	
日本国内で受信できなかった理由	○海外駐在 (家族帯同含む)	○海外出張	●その他 (理由 観光を目的とした家族旅行 ) ※その他の場合はパスポートの写しを添付			
記	労災・通勤災害・第三者行為による傷病ですか	○はい ●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。					
	実際に診療を受けた医療機関、担当医師宛に 健保から「照会」を行なうことについての同意書になります		パスポートの写しは、本人確認ができるページ及び 渡航期間の確認ができるページの写しが必要です			
	令和 年 月 日	〒 000 - 0000	住所 00県00市00区00町0丁目0番0号			
		被保険者 氏名	花椿 太郎			
		TEL	000-0000-0000			

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	事業主の証明が必要です ※この「海外療養費支給申請書」に下記の「添付書類」 を添付して、事業主へ提出してください		
	受領者 所在地			
	事業所名			
	事業主名			

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		
	① 診療内容明細書(診療内容がわかる医師の証明書)	それぞれの添付書類が、外国語で記載されている場合は、必ず日本語の翻訳文を添付してください。 翻訳をした方の住所・氏名を記入してください。 第三者の翻訳が望ましいですが、やむを得ず本人が翻訳した場合でも、住所・氏名を記入してください。	
	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)		