

- 被保険者
 被扶養者

海外療養費支給申請書

記号・番号	—					保険証に記載 があります			
事業所の名称									
被扶養者に関する 申請のとき	氏名		生年 月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄	
傷病名			発症又は負傷した日	令和	年	月	日		
傷病の原因・経過									
診療の内容									
診療期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで (日間)								
入院・外来	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来								
医療機関	名称			所在地					
	医師の氏名								
診療に要した 費用の額	通貨			金額					
日本国内で受診 できなかった理由	<input type="checkbox"/> 出向中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> その他(理由:)								
労働災害・通勤災害 ・第三者行為による 傷病ですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		「はい」の方のみ 回答ください→		<input type="checkbox"/> 労働災害	<input type="checkbox"/> 通勤災害			
(退職者のみ記入) 振込希望銀行	銀行		支店		口座 名義	(フリガナ)			
	普通 ・ 口座番号								
上記のとおり申請します。また上記の申請について支給決定の審査に必要な場合は、当該海外療養を担当した者に照会を 求めることに同意いたします。									
〒									
令和 年 月 日 被保険者の 住所									
住友ファーマ健康保険組合理事長殿 (申請者) 氏名									
委任状	私は上記に記載の事業所を代理人と定め、上記のとおり請求した療養費の受領に関する権限を委任します。								
給与での給付手続きを 行う為に必要です。必 ず記入してください。	被保険者の (申請者) 氏名								
(任意継続被保険者 ・退職者は不要)									

添付書類: 診療内容明細書、領収明細書(現地の担当医師が記入したもの)、現地病院で支払った領収書(原本)

<業務以外で渡航の場合は、以下の書類も必要です>

パスポート(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)や航空券など海外に渡航した事実が確認
できる書類の写し

注意事項: 治療内容のレベルや治療費は国ごとに異なりますので、実際に払い戻される額は支払った費用の全てではありません。
診療内容明細書と領収明細書に基づいて、国内の健康保険の治療を基準とした範囲内で支給します。

各月毎、入院、入院外毎に付き、この申請書が1枚必要です。