

## 記入例

被保險者  
 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	○ ○ ○ ○ 株式会社					
被扶養者に関する 申請のとき	氏名		生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	続柄
傷病名	う 蝕		発症又は負傷した日	令和 3 年 10 月 1 日		
傷病の原因・経過	治 療					
診療の内容	レントゲン検査、抜歯、投薬					
診療期間	令和 3 年 10 月 2 日 ~ 令和 3 年 10 月 2 日まで ( 1 日間)					
入院・外来	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" 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	米国ドル		金額	350	
日本国内で受診 できなかった理由	<input checked="" type="checkbox"/> 出向中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> その他 (理由: )			→その他の場合…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)の写しを添付		
労働災害・通勤災害 ・第三者行為による 傷病ですか	<input checked="" 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 <input type="checkbox"/> 第三者行為		
(退職者のみ記入) 振込希望銀行	銀行 支店 普通 · 口座番号			口座 名義	(フリガナ)	
上記のとおり申請します。						
令和 * * 年 * * 月 * * 日				〒 *****		
被保険者の (申請者)				住所 * * * * * * * * * *		
住友ファーマ健康保険組合理事長殿						
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・捺印ください。 (任意継続被保険者 ・退職者は不要)				〒 *****		
被保険者の (申請者)				住所 * * * * * * * * * *		
健保 太郎						

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。