

健康保険 海外療養費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	2 傷病名	3 発病または負傷年月日 平成 年 月 日		
	4 発病の原因および経過(詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 <input type="checkbox"/> 2. ケガ (病気・ケガの原因及び経過を詳しく記入してください)		
	5 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	診療した医師等の氏名
	国名	名称	所在地	診療した医師等の氏名
	6 診療を受けた期間	(平成) 年 月 日 <input type="text"/>	から	年 月 日 <input type="text"/>
	6 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間	(平成) 年 月 日 <input type="text"/>	から	年 月 日 <input type="text"/>
	7 療養に要した費用の額	()通貨単位を記入してください。(例：アメリカドル)		
8 診療の内容	受診者は、現在、日本に帰国予定はありますか。または帰国されましたか。 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ ↓ 海外在住の理由 [] ・渡航期間(平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日) ・渡航目的 海外滞在の理由 []			

この申請に係る健保組合からの問い合わせ及び支給決定通知書の送付を事業所の担当者を通じて行うことに同意される場合は、右欄に署名・捺印をお願いします。

10 同意欄

被保険者(申請者)氏名

印

海外療養費支給申請書の注意事項

1. この申請書の添付書類について

- ①海外の病院で発行された「診療内容明細書」(組合様式がありますので海外の病院で証明を受けてください)
- ②海外の病院で発行された「領収明細書」(組合様式がありますので海外の病院で証明を受けてください)
- ③領収書の原本
- ④海外渡航した事実が確認できる書類として、パスポートの写または事業主の証明(海外勤務の方等)
- ⑤海外の医療機関等に対して療養内容の照会を行うことの同意書(組合様式)

2. マイナンバーによる申請について

平成29年1月以降、マイナンバーによる申請が可能となりましたので、被保険証に代わりマイナンバーで申請する場合は、備考欄にマイナンバーを記載してください。

マイナンバーで申請する場合は、番号確認のための個人番号カードの写等、本人確認のための免許証やパスポート等の写の添付が必要となりますので、ご注意ください。

3. 振込先指定口座は間違いのないよう正確に記入してください。

申請者(被保険者)以外の方に振込を希望する場合は、「受取代理人の欄」に申請者および代理人(※)の署名・捺印を必ずしてください。

(※)代理人とは、扶養家族の方も該当しますので、委任欄へ署名・捺印漏れがないようご注意ください。

4. 項目4の「発病の原因および経過」の欄で、傷病名が外傷性(ケガ)の場合は、負傷した原因を詳しく記入してください。

ケガの原因が業務上や通勤途中によるもので労働災害に該当するか否か、第三者の行為による負傷(交通事故等)か否かが重要となるため、記入にあたっては、いつ(休日)、どこで(自宅で)、何をして(階段から足を踏み外して)、どこを(右足を)、どのように(捻挫した)負傷したかを記入してください。

5. 項目7の「療養に要した費用の額」は添付する領収書の金額を通貨の単位を含めて記入してください。

6. 項目10の「同意欄」は事業所担当者へ手続きを委任されない場合は記入不要ですが、会社経由で提出する場合には必ず署名・捺印をお願い致します。

同意ない場合は、組合からの問合せおよび支給決定通知書の送付は、「被保険者(申請者)情報」に記載された電話番号とご住所へ連絡・送付致します。

7. この申請書の記入方法等について不明な点等ありましたら、

倉庫業健康保険組合 業務二課 TEL03-3642-8436 までお問合せ願います。