

記入例

レゾナック健康保険組合 常務理事 殿

被 保 険 者  
家 族

海外療養費支給申請書 (令和 ○年 ○月 診療分)

1	申請年月日	令和 ○年 ○月 ○日	事業所(会社)の名称	株式会社○○○○○		
	被保険者証の記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	(フリガナ) ケンボ 知由	
		1 2	3 4 5 6 7		健保 太郎	
	連絡先住所・電話番号	(〒 105-0000 ) 東京都○区△△○丁目○○番地○号 (TEL: 03-○○○○-○○○○)				
	渡航目的	<input type="checkbox"/> 業務上 <input checked="" type="checkbox"/> 業務外(旅行等)	渡航期間	令和 ○年 ○月 ○日 から 令和 ○年 ○月 ○日 まで	渡航先 国名	タイ
2	対象者氏名	健保 一華	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	○○年 ○月 ○日	被保険者との続柄 子
	傷病名	う蝕		発病または 負傷年月日	令和 ○年 ○月 ○日	
3	発病または 負傷の原因	食事中に歯が痛みだした				
	傷病の経過	<input type="checkbox"/> 良好 <input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	診療を受けた 医療機関	名称	○○○○ Dental Clinic			
		住所	○○○○ □□□ △△△			
	診療区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 入院外	初診日	令和 ○年 ○月 ○日	診療または 手当の期間	令和 ○年 ○月 ○日 から 令和 ○年 ○月 ○日 まで ○日間
4	診療に要した 費用の額	5,500 (現地通貨 パーツ)	療養の給付を受けることが できなかった理由	<input checked="" type="checkbox"/> 海外旅行中に診療を受けたため <input type="checkbox"/> その他		
5	傷病が第三者の 行為に因るもの であるか否か	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 ※有の場合、「第三者の行為による傷病届」の提出が必要です				
6	委任状	給付金の振込について：健保から事業主へ振込み、事業主から被保険者へ給与に含めて振込まれます。 給与合算手続きを事業主に依頼するため、必ずご署名ください。				
		本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。  令和 ○年 ○月 ○日 被保険者氏名 健保 太郎				

K009

※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

二重線上には訂正印または記入者のフルネーム署名が必要です。

記入内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

二重線上には訂正印または記入者のフルネーム署名が必要です。

◆以下に該当する場合にご申請ください

海外の医療機関で治療を受け、現地通貨で医療費を全額支払ったとき。

◆注意事項

- ・事業所(会社)加入の保険が優先適用されます。
- ・申請書は診療月ごと(1~末日)、診療区分(医科・歯科)ごと、入院・外来別に作成してください。

◆記入要領(記入例の番号と照合してください)

共通：は該当するものにをご記入ください。

- ①本申請書を事業所(会社)に提出する日をご記入ください。
- ②海外で療養を受けた方についてご記入ください。
- ③できるだけ詳細にご記入ください。
- ④領収書の金額(同一月に複数枚ある場合は合計金額)をご記入ください。
- ⑤第三者行為、交通事故に該当した場合は事前に健保組合にご連絡ください。
- ⑥給付金は給与合算振込みとなりますので必ずご記入ください。

◆添付書類

- ①領収書(原本)
- ②対象者の海外渡航期間が確認できる書類(以下のいずれかの写し)
  - ・パスポート…①氏名・顔写真と②当該期間の出入国スタンプのページ
  - ・査証(ビザ)…氏名と有効期限が記載されたもの
  - ・航空チケット…eチケット控えを含む
- ③様式D\_同意書
- ④医科診療の場合
  - ・様式A\_診療内容明細書
  - ※健康保険用国際疾病分類番号をご証明いただく場合は、「国際疾病分類表」をご参照ください。
  - ・様式B\_領収明細書
- ⑤歯科診療の場合
  - 様式C\_歯科診療内容明細書
- ⑥傷病原因が第三者の行為または交通事故の方
  - 『第三者の行為による傷病届』

◆その他

- ・診療費を支払った日ごとにその翌日から起算して2年を経過した場合は申請ができません。
- ・毎月19日までに到着した申請分を翌々月の給与に合算して支給いたします。
- ・給付金支給金額はレゾナック健康保険組合ホームページの「MY HEALTH WEB」でご確認いただけます。