

「海外療養費支給申請書」 記入の手引き <被保険者用>

□には該当する方に☑を付してください。

(下記の丸文字は請求書の丸文字と照合してください。)

- ① 渡航目的が業務都合の場合は事業主へ提出する日を、それ以外は当組合へ提出する日を必ず記入ください。
- ② 保険証に記載されています。
- ③ 保険証に記載されています。
- ⑫ 傷病の原因が怪我の場合は、どこで何をしていた時等、具体的にご記入ください。病気の場合は、判明してる範囲で記入し、不明確の場合は「不詳」とご記入ください。
- ⑬ 交通事故等、第三者の行為により怪我をした場合には「はい」にチェック(✓)をつけてください。この場合、速やかに健保組合へその旨連絡してください。
- ⑯ 外来の場合の受診実日数は、受診した日数を記入してください。
- ⑰ 「診察」・「検査」・「投薬」等の診療した内容を記入してください。

【添付書類】

※いずれの場合も領収書は原本で、受診者氏名(申請対象者)のフルネームが明記されている事。また、**特段の明記がない限り添付書類は原本が必要**です。

⑱ 日本国内で受診できなかった理由	添 付 書 類	
	医 科 の 場 合	歯 科 の 場 合
・ 海外駐在 ・ 海外出張中	<ul style="list-style-type: none"> ・ 様式A 診療内容明細書 ・ 様式B 領収明細書 ・ 様式AおよびBの日本語訳 上記の他に ・ 現地医療機関発行の領収書等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 様式C 歯科診療内容明細書 ・ 様式Cの日本語訳
・ 旅行 ・ その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ 様式A 診療内容明細書 ・ 様式B 領収明細書 ・ 様式AおよびBの日本語訳 上記の他に ・ 現地医療機関発行の領収書等 ・ 受診者の渡航期間が確認できる書類(下記のいずれか) <ul style="list-style-type: none"> ・ パスポートのコピー (氏名・顔写真と当該期間の出入国スタンプのページ) ・ 査証(ビザ)のコピー (氏名・顔写真と当該期間の出入国スタンプのページ) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 様式C 歯科診療内容明細書 ・ 様式Cの日本語訳

① 必ず記入ください

渡航目的が業務都合の場合：事業主へ提出する日当組合へ提出する日
上記以外の場合：当組合へ提出する日

健康保険 被保険者 家 族 海外療養費支給申請書 (受付印)

※渡航目的が業務都合の場合は、事業主経由で提出ください。 <被保険者記入用>

① 提出日	令和 年 月 日	
② 被保険者証	記号	番号
③ 事業所名(会社名)	③	
④ 被保険者名	(フリガナ)	⑤ 生年
⑥ 現住所		
⑦ 受診者氏名(申請対象者)	(フリガナ)	⑧ 続柄 ⑨ 生年
⑩ 傷病名	⑪ 発病または負傷年月日	
⑫ 発病または負傷した原因	(どこで) (どのようにして)	
⑬ 第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	⑭ 業務上または通勤途上での傷病ですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
⑮ 受診した医療機関	名称 住所	
⑯ 診療期間	外来 令和 年 月 日から(外来実日数) 日間 入院 令和 年 月 日から(入院日数) 日間	⑰ 診療の内容
⑰ 診療に要した費用	金額	通貨 国名
⑱ 日本国内で受診できなかった理由	<input type="checkbox"/> 海外駐在(同行家族含む) <input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> 海外出張中 <input type="checkbox"/> その他(理由) → _____ ※旅行・その他の場合は、海外渡航内容の確認できる書類の添付が必要です。「記入の手引き」をご覧ください。	
⑳ 委任状	本申請に基づく給付金の受領は事業主に委任します。 また、日立造船健康保険組合が医療機関に対して、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、および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。 令和 年 月 日 被保険者氏名	

健康保険被保険者証

本人(被保険者) 令和 年 月 日 交付

記号 *** 番号 *****(株) OO

氏名 ***

性別 男

生年月日 昭和 年 月 日

資格取得年月日 平成 年 月 日

***株式会社

保険者所在地 大阪市此花区西九条5丁目3番28号 TEL.06-6468-0597

保険者番号・名称 06271936 日立造船健康保険組合

字句の訂正方法

い
あ

被保険者印

事業主経由で提出の場合は、必ず記入をお願いします。

3. 2. 1. 記入は、この太枠欄の訂正は二重線で消すことのできない筆記用具を使用してください。訂正印を押印してください。(修正液・修正テープ等での訂正は認められません。)

(注) 輸血およびコルセット等治療用装置に関する申請の場合は、「医師の証明書」を添付してください。

◎渡航目的が業務都合の場合、事業主による内容確認をお願いします。

確認欄	<input type="checkbox"/> この届出について、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。	本件問合せ連絡先
	<input type="checkbox"/> 事業主が被保険者へ全額立替払いしている場合 当該給付金は、会社払いをお願いします。	担当者名
		T E L