

記入例

協和キリン健康保険組合 宛

健康保険

☒ 被保険者
☐ 被扶養者

海外療養費支給申請書

2024 年 12 月 25 日提出

申請者の情報	被保険者等 記号・番号	記号	300	番号	12345	会社名	△△△株式会社
						所属	△△支店 △△営業所
	申請者氏名 (自署)	健保 太郎				従業員番号	20109999
						メールアドレス	kenpo.00@000.com
	被保険者住所	(〒 103- 必ず自署してください)				日中連絡先(TEL)	090-0000-0000
	東京都中央区〇〇1-1-1 〇〇マンション101						社員の方は必ず自署してください
在籍者	(委任状) 私は会社(事業主)を代理人と定め、この給付金の受領に関する権限を委任します。 (給与での振込手続きを会社に依頼するため、必ずご記入ください。)						2024 年 12 月 25 日 被保険者氏名 自署してください 健保 太郎
退職者	退職者・退職予定者の方は、振込先を記入してください						
	銀行	支店		口座 番号	(普)	名義 (フリガナ)	

申請内容	受診者氏名	健保 太郎	続柄	本人	受診者の 生年月日	1985 年 12 月 25 日 39 歳	
	傷病名	急性胃炎			発病または 負傷した日	2024 年 12 月 1 日	
	発病の原因および 経過	急な胃の痛みと嘔吐で受診。投薬後、改善した。					
	診療の内容	診察。投薬。					
	診療を受けた医療機 関等の国名・所在地・ 名称・医師名	国名 アメリカ	所在地 123, ◇◇◇, ◇◇◇, U.S.A	名称 ◇◇◇Hospital	医師名 ◇◇◇◇		
	診療を受けた期間	2024 年 12 月 1 日 から 2024 年 12 月 1 日 まで				日数	1 日
	上記の期間に 入院をしていた場合は その期間	年 月 日 から 年 月 日 まで				日数	日
	療養に要した費用	500	通貨	ドル	※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 範囲内で支給となりますので、実際に支払った費用の額とは異なります。		
	日本国内で受診でき なかった理由	☐ 出向中 (☐ 家族帯同 ☐ 単身赴任) ☐ 出張中 ☒ その他 (旅行中)					
交通事故等による 第三者行為によるもの か	☐ はい ☒ いいえ		第三者が原因の 場合はその状況				
「はい」の場合は、「第三者行為による傷病届」を提出してください。							

【添付書類】 要原本

- ・診療内容明細書(現地の担当医師が記入したもの)、翻訳 ・領収明細書(現地の担当医師が記入したもの)、翻訳
 - ・現地病院で支払った領収書(原本) ・同意書
 - ・パスポート(氏名の頁と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*
- *海外勤務の被保険者は不要

健保記入欄	支給年度	年度	《健保受付日付印》		
	支給決定額	円			
	算出額		常務理事	事務長	担当
	受付整理番号				

2024.12.1改訂