

健康保険 海外療養費 支給申請書

申請日 令和 年 月 日

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号	記 号	番 号	事業所名 所 属		
	氏名				生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日
	住所	(〒 -)			電話番号 (日中のご連絡先)	- -

申 請 内 容	受診者氏名		続柄		生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日	
	傷病名						
	発病または負傷 の原因およびそ の経過	いつ	令和 年 月 日	☐ 午前 ☐ 午後	時頃	☐ 休日 ☐ 勤務中 ☐ 通勤中 ☐ その他()	
		どこで			どこを		
		どうした			経過	☐ 経過観察中 ☐ 手術後良好 ☐ その他()	
	受診した 医療機関	名称			診療した医師名		
		国名			住所		
	診療を受けた 期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	入院期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	
	診療の内容						
	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)					
受診者の 海外渡航期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日						
海外渡航の 理由	☐ 海外勤務(同行家族を含む) ☐ 旅行 ☐ 留学 ☐ その他()						

注 意 事 項	添付書類	① 診療内容明細書もしくは歯科診療内容明細書※ ② 領収明細書※ ③ 現地の領収書(原本) ④ 調査に関わる同意書 ⑤ パスポート等、渡航の事実が確認できる書類(写) ※ ①及び②は現地医師に記入を依頼してください。 ※ 添付書類が外国語で作成されたものであるときは、邦訳文を添付してください。
	振込先	・ 在職者へは事業主を通じて支給いたします。(給与同封) ・ 特例退職・任意継続被保険者へは加入時登録口座へ振り込みます。
	申請書 提出先	・ 在職者は事業主を通じて送付してください。(トーエネックは人事部給与厚生・年金Gへ) ・ 特例退職・任意継続被保険者は健康保険組合まで直接送付してください。

受付日付印