

提出先: 健保組合(大阪オフィス内)

Date of application (YY/MM/DD) 年 月 日 申請

EXAMPLE

Application Form for Overseas Medical Care Expenses

海外療養費支給申請書

※「診療内容明細書(様式A)」または「歯科診療内容明細書(様式C)」・「領収明細書(様式B)」・「調査に関する同意書」(以上いずれも原本)、および添付書類「海外に渡航した事実が確認できる書類(パスポート等)の写し」が必要です。 ※添付書類が外国語で作成されている場合は翻訳が必要です。

【海外で病気やケガをしたとき】

Insured person

事業所 勤務先 Establishment Place of work	部署 Division
記号 Symbol	番号(氏名コード) Number (name code)
健康保険証 Health insurance card	氏名 Name
被保険者 被保険者	氏名 Name
Seal	Not required if signed by hand

受診者 Patient	氏名 Name	生年月日 Birth date (YY/MM/DD)	続柄 Relationship
発病または負傷の年月日 Date of occurrence of sickness/injury (YY/MM/DD)	発病または負傷の年月日 Date of occurrence of sickness/injury (YY/MM/DD)	傷病名(わかる範囲で) Name of sickness/injury (as far as you know)	
診療または手当を受けた期間 Period of examination/treatment	診療または手当を受けた期間 Period of examination/treatment	診療または手当に要した費用の額 Costs of examination/treatment	
診療または手当を受けた医療機関の名称・所在地 Name and address of medical care institution at which examination / treatment was received*	* Prepare a separate application form for each month and each facility if multiple months are covered or examination / treatment was received from multiple facilities.		
傷病の原因、診療または手当の内容 Cause of sickness/injury, details of examination/treatment			
発病(負傷)時の状況 Conditions at time of sickness/injury	Time of occurrence * Circle as applicable (on the job / while commuting / off the job / other ( ))		
発生時期 * 該当に○印 勤務中・通勤途中・勤務外	* 該当に○印 (である・ではない)		
* 第三者行為に該当する場合は、別途「第三者行為による傷病届」が必要です。	Circle as applicable (Y/N).		
退職者の場 The separate Notification of Injury or Sickness due to a Third-party Act is required in cases of third-party actions.	Injured due to a third party action (injured due to an accident or other incident involving another party)		
任継被保険者は記入不要。健保給付金振込口座に振込みます。	普通預金口座番号 No.	フリガナ	[支店コード]
名義	電話		

当務理事 事務局長 担当者	支給決定額
Payment decision by Health Insurance Association	海外療養費
支給対象期間 年 月 ~ 日 (日間)	決定点数(点)
* The seal of the insured person may be omitted only when signed by hand by the insured person (applicant).	備考 If you are currently employed, check the "[Paid] Health Insurance Benefits (Nontaxable)" column.

※被保険者の印は、被保険者(申請者)が自署する場合に限り押印を省略することができます。

書類到着の翌月給与日に支給します。

在職者は給与明細の「【支給】健保給付金(非課税)」欄で確認ください。任意継続被保険者には、申請時に指定された銀行口座に振込みます。

If you are a Voluntarily and Continuously Insured Person, payment will be remitted to the account indicated on the application.