

サントリー健康保険組合 御中

【海外で病気やケガをしたとき】

下記により申請します

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。

被 保 険 者	勤務先	事業所	部署
	保険証	記号	番号(氏名コード)
	氏名	氏名自署の場合は不要 所属する事業所を代理人と定め受領を委任します。	

受診者	氏名	生年月日 [和暦] 年 月 日	続柄
発病または負傷の年月日 年 月 日 ~ 日 [日間]		傷病名(わかる範囲で)	
※複数月にまたがる場合や複数機関で診療等を受けた場合は、各月・各機関毎に申請書を作成ください			
診療または手当を受けた期間※ 年 月 日 ~ 日 [日間]		診療または手当に要した費用の額	
※複数月にまたがる場合や複数機関で診療等を受けた場合は、各月・各機関毎に申請書を作成ください			
診療または手当を受けた医療機関の名称・所在地※			
※複数月にまたがる場合や複数機関で診療等を受けた場合は、各月・各機関毎に申請書を作成ください			
傷病の原因、・診療または手当の内容			
発病(負傷)時の状況			
発生時期 * 該当に○印 勤務中・ 通勤途中・ 勤務外・ その他()			
第三者の行為によって負傷したもの * 該当に○印 (である ・ ではない) (相手方のある事故等による負傷)			
* 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。			
退職者の場合 任 継 被 保 険 者 は 記 入 不 要。 健 保 給 付 金 振 込 金 口 座 に 振 込 み ま す。	振込銀行	フリガナ 銀行	[支店コード] 支店 []
	普通預金口座番号	No.	
	名 義	フリガナ	
	被保険者住所・電話	〒	電話

健 保 支 給 決 定 欄	常務理事	事務長	担当者	支給決定額					
				海外療養費					
	支給対象期間			年 月 ~ 日 (日間)	決定点数(点)				
	被保険者の資格			年 月 日 取得・喪失	備考				
扶養者認定の有無			有(年 月 日取得)・無	支給年月 . .					

※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。