

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	事業所	部署
	勤務先	
	記号	番号(氏名コード)
保険証		
氏名		氏名自署の場合は不要

受診者	氏名	生年月日	続柄
	平成 年 月 日 ~ 日 [日間]		傷病名(わかる範囲で)
	平成 年 月 日 ~ 日 [日間]		診療または手当に要した費用の額
	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 (相手方のある事故等による負傷) * 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。			
退職者の場合	振込銀行	フリガナ	[支店コード]
任継被保険者は記入不要。健保給付金振込記録に振込みます。	普通預金口座番号	No.	銀行 支店 []
	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		支給年月 . .				
扶養者認定の有無	有(年 月 日取得)・無							

※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。