

記入見本

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。

被保険者欄: 事業所 SWH, 部署 ●●●部, 記号 ●●●●, 番号(氏名コード) ●●●●●●●●, 氏名 健保 太郎, 氏名自署の場合は不要

受診者欄: 氏名 健保 花子, 生年月日 昭平 ●●年●●月●●日, 続柄 長女
発病または負傷の年月日 平成●●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※ 平成●●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(家族で散歩中にスキップして転倒)
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] 銀行 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 万 千 百 十 円
支給対象期間 年 月 ~ 日 (日間)
被保険者の資格 年 月 日 取得・喪失
扶養者認定の有無 有(年 月 日取得)・無
備考 決定点数(点) 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。