

【提出先】

〒530-0004 大阪市北区堂島浜2-1-40  
サントリー大阪オフィス内

【和暦】 年 月 日 申請

【海外で病気やケガをしたとき】

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
	健康保険	記号	番号
	氏名	所属する事業所を代理人と定め受領を委任します。	

申請者記入欄	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 【和暦】 年 月 日 ~ 月 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※ 【和暦】 年 月 日 ~ 月 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 (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		フリガナ [支店コード]	
任意継続被保険者は記入不要。 健保給付金口座振込に振込みます。		振込銀行	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				
	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 . .					

支給が決定しましたら、ご自宅宛に「支給決定通知書」を郵送します。  
 在職者は給与にて支給します。給与明細の「【支給】健保給付金(非課税)」欄をご覧ください。  
 任意継続被保険者は、申請時に指定された銀行口座に振込みます。