

EXAMPLE

【提出先】
〒530-0004

Submit to:
By post: Suntory Health Insurance Association
2-1-40 Dojimahama, Kita-ku, Osaka
530-0004

Place of work

Date of application (YY/MM/DD)

【和暦】令和●●年●●月●●日申請

【海外で病気やケガをしたとき】

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。

Patient

Insured person

事業所 勤務先	Establishment	部署 ○○○部
健康保険 記号	Symbol 1234	番号 123456
被保険者 氏名	Name 健康 太郎	
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	Name 健康 愛美	生年月日 [和暦]	Birth date (YY/MM/DD) ●●年●●月●●日	続柄	Relationship 長女
-----------	---------------	--------------	------------------------------------	----	--------------------

発病または負傷の年月日 【和暦】●●年●●月●●日～●●月●●日〔●●日間〕	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)
---	---	--------------------	---

※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	※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	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	※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※ <input type="checkbox"/> 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	Name and address of medical care institution at which examination/treatment was received *

※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 ○○○○○○○○○○○○○○
--	------------------------------------

To be filled out by the applicant	Conditions at time of sickness/treatment	Time of occurrence *Circle as applicable (on the job/while commuting/off the job/other ())
-----------------------------------	--	---

発病(負傷)時の状況 injured due to a third party action (injured due to an accident or other incident involving another party) (相手方のある事故等による負傷)	勤務外・ その他 家族で散歩中、スキップをしていて転倒)
* 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) (である・ ではない)

退職者の場合 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。	* The separate Notification of Injury or Sickness due to a Third-party Act is required in case of third-party actions.
振込銀行	No.
普通預金口座番号	フリガナ
名義	
被保険者住所・電話	〒 電話

常務理事	事務長	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)	
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	

Notification is sent to your address after the payment is decided

支給が決定しましたら、ご自宅宛に「支給決定通知書」を送付いたします。If you are currently employed, check the "[Paid] Health Insurance Benefits (Nontaxable)" column.

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。

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