

【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
 サントリー健康保険組合宛

【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。

【和暦】 年 月 日 申請

被 保 険 者	勤務先	事業所	部署
	保険証	記号	番号
	氏名	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		傷病名(わかる範囲で)	
	【和暦】 年 月 日 ~ 月 日 [日間]			
	※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※		診療または手当に要した費用の額	
	【和暦】 年 月 日 ~ 月 日 [日間]			
	※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。