

【提出先】

郵送の場合：〒530-0004 大阪市北区堂島浜2-1-40  
 サントリー健康保険組合宛  
 社内メールの場合：サントリー大阪オフィス内 健保組合宛

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
	保険証	記号	番号(氏名コード)
	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]	続柄	年 月 日	
	発病または負傷の年月日		傷病名(わかる範囲で)			
	年 月 日 ~ 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			
	年 月 日 ~ 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		振込銀行	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			備考					
扶養者認定の有無	有( 年 月 日取得) ・ 無			支給年月 . .						

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。