

【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 ●● 申請

被保険者	事業所	勤務先	SWH	部署	●●●●部
	記号	●●●●	番号	●●●●●●	
	保険証	●●●●			
	氏名	健保 太郎			
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	健保 花子		生年月日	[和暦] ●●年●●月●●日	続柄	長女	
		発病または負傷の年月日	●●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※	●●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・ <b>その他(家族で散歩中にスキップして転倒)</b>							
	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・ <b>ではない</b> )						
	* 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)		万 千 百 十 円				
	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		決定点数( 点)					
			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。