

【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 ●● 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	事業所 勤務先	SWH	部署 ●●●●部
	記号 保険証	●●●●	番号(氏名コード) ●●●●●●●●
	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※	●●●●●●				
	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(家族で散歩中にスキップしていて転倒) 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 銀行	[支店コード] 支店 []		
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.	フリガナ			
	名 義					
	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 (日間)	備 考				
	被保険者の資格	年 月 日	取得・喪失		決定点数(点)				
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。