

記入見本

サントリー健康保険組合 御中

【海外で病気やケガをしたとき】

下記により申請します

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	SWH	部署	●●●部
	記号	●●●●	番号(氏名コード)	●●●●●●●●
	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。 (印) 健保 (氏名自署の場合は不要)				

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・ その他(家族で散歩中にスキップして転倒)						
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 [支店コード]		
(任継被保険者は記入不要。健保給付金振込口座に振込みます。)		普通預金口座番号		銀行 支店 []		
		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 . .					

※被保険者の印は、被保険者(申請者)が自署する場合に限り押印を省略することができます。

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。