

記入例

海外用

療 養 費 (被保険者) 支給申請書
第二家族療養費 (被扶養者)

従業員の方は 2000
任意継続の方は 100

退職者の方は

ペン又はペンでお願いします。
の請求を円滑に行うため、事業主経由で提出頂くこととしています。
の取扱い上、事業主経由に支障のある方は、健保組合へお申し出下さい。
主理由となる関連書類・・・海外療養費支給明細書、海外療養費支給申請書の不支給通知書
※個人情報の取り扱いについては、公表の「個人情報保護基本方針(プライバシーポリシー)」に則り、利用目的の範囲内で取り扱います。

保険証の		所 属 名	
記号	番号(右詰め)	勤務地(国名 及び 地名)	会社名 ・ 所属 ・ マルチ番号
2000	999999	〇〇〇国 〇〇〇市	〇〇〇(海外拠点名等) 〇〇事業本部××開発課 マルチ番号8-000-000
診療を受けた人		生年月日	続 柄
健保 花子		昭和 平成 ××年××月××日 令和 (×× 歳[満年齢])	本人 家族(夫 妻 長男 次男 三男 長女 次女 三女 父 母 その他(具体的に記入下さい) [])
診察を受けた医療機関 ・ 所在地 ・ 医師名		傷病の原因 以下に該当しますか	
名称 〇〇〇国立 〇〇〇病院 (Tel No. 012-345-67.)		・交通事故などの第三者行為によるもの (はい ・ いいえ) ※「はい」の場合は、別途届出が必要です。	
所在地 〇〇〇国立〇〇〇州〇〇〇市〇〇〇4-5-6 (国名: 〇〇〇国)		・食中毒 (はい ・ いいえ)	
医師名 Dr. HOKEN KENKOU		・業務中や通勤途上 (はい ・ いいえ)	
傷病名<日本語で記入してください> (*尚、治療内容を具体的に記載頂けまし		申請前のセルフチェック項目	
急性上気道炎 (胸部X線検査、血液検査の後、注射による投薬を受けました)		<input checked="" type="checkbox"/> 病院別で入院・外来別に1カ月分をまとめていますか <input checked="" type="checkbox"/> 診療内容明細書(様式41)は原紙を添付していますか (病院名、担当医のサインか捺印はありますか) <input checked="" type="checkbox"/> 歯科受診の場合は、歯科診療記録表(様式42)の原紙を添付していますか <input type="checkbox"/> 領収書・明細書は原紙を添付していますか (どうしても原紙を提出できない場合は、理由を下記に記載し、写しを提出下さい。) 理由 <input checked="" type="checkbox"/> 海外赴任者及びその帯同家族以外の場合は、旅券、航空券その他、海外に渡航した事実が確認できる書類の写しを添付していますか	
日本語で必ず記入してください			
被せ物の色は何色ですか (銀色 ・ 白色 金色)			
入院/外来の種類		診療期間 (*医療機関別、入院・外来別で1ヶ月単位に記入下さい)	
入院 ・ 外来		自 平成・令和 31年 4 月 2 日 (内 2 日間) 至: 平成・令和 31年 4 月 2 日	
外来受診時は通院した実日数を記入して下さい		80 (通貨単位: Euro)	
備考欄		被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。)	
請求者署名・捺印			健保記入欄
海外療養費申請書にある事実(療養行為を行った日時、場所、診療内容)を確認するため、申請書類の提供等によって、療養行為を行った者に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることがあります。 上記の内容に同意し、海外療養費を請求します。当 身の受ける事給付金の受領を事業主に委任します。			健保 受付印
令和 1 年 5 月 10 日 シャープ健康保険組合 理事長 殿 住 所 〒123-〇〇〇〇 〇〇〇国〇〇〇州〇〇〇市〇〇〇 1-2-3 電 話 00-0000-0000			

健保