

健康 組合 使用 欄	年	月	日	高額療養費	円		
				付加金	円		
				支給額	円		
				堂察理事	事務長	担当	担当
	現地医療費						
	国内医療費						

記入例

健康保険証に記載されている
番号をご記入ください

豊田通商健康保険組合 宛

海外療養費支給申請書

- ※ 日本国内における保険診療の範囲内で給付します。
※ 業務上・通勤途上の病気や怪我の場合は健康保険は適用されません。会社に事故報告してください。
※ 受診者ごとに診療月別、通院と入院別、医療機関別に分けて申請してください。
※ 「診療報酬明細書」は担当医師に、「領収明細書」は担当医師又は病院の事務担当者に証明してもらってください。
(外国語で記載されている場合は翻訳を添付し、翻訳者の氏名、住所を明記してください。)

		申請日	2024 年 4 月 1 日	
保険証		フリガナ	ケンポ タロウ	
記号	番号	電話番号	〇〇〇-△△△-××××	
1234	5678	被保険者氏名	健保 太郎	
対象者氏名	健保 太郎		続柄	本人
傷病名	胃腸炎		発病または負傷年月日	2024 年 3 月 10 日
発病または負傷の原因および経過(詳しく)	いつ・どこで・なにをしていて・どうしたなど、できるだけ詳しく 夜中に突然、吐き気、下痢、激しい腹痛、発熱が起り、病院を受診した		対象者生年月日	1 年 6 月 1 日
診療を受けた医療機関の情報	国名	医療機関名	所在地	医師名
	アメリカ	〇〇〇〇病院	アメリカ合衆国 テキサス州 〇〇	〇〇〇 〇〇〇〇
診療を受けた日	2024 年 3 月分	※診療等を受けた日を○で囲んでください 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		左欄で○を付けた日数 1 日間
診療に要した費用の額	75 (\$またはドル)	区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院	第三者の行為(交通事故・けんか等)によって負傷したものですか? <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
受診者の情報	渡航理由	<input type="checkbox"/> 海外駐在員 <input checked="" type="checkbox"/> 海外出張 <input type="checkbox"/> 個人的な旅行 <input type="checkbox"/> 治療の為 <input type="checkbox"/> その他()		
	渡航期間	2024 年 3 月 1 日 ~ 2024 年 3 月 20 日		
委任状	給付金の受領を事業主に委任します。事業主経由でお支払いします。 年 月 日 被保険者住所 〒 被保険者氏名			
振込先	・委任した時は振込先の記入不要 ・任意継続被保険者は給付金振込口座にお振込みします <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 本・支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 口座番号 口座名義人(カタカナ)			
海外療養費の給付決定に関しては、診療内容を日本の保険点数に換算して算出する必要があります。 換算にあたっては、正確性を期すため、療養費支給申請の際にご提出いただく診療報酬明細書、領収明細書等添付書類を第三者である専門機関に情報を提供することがあります。よって、第三者への情報提供をご同意(署名)のうえ請求していただきますようお願い申し上げます。				
同意書	年 月 日 被保険者の氏名 海外で療養を受けた者の氏名			
注意事項	支給の時期	それぞれの添付書類が、外国語で記載されている場合は、必ず日本語の翻訳文を添付してください。		
	支給決定通知書	翻訳をした方の住所・氏名を記入してください。第三者の翻訳が望ましいですが、やむを得ず本人が翻訳した場合でも、住所・氏名を記入してください。		

添付書類 1. 診療報酬明細書

◆申請ルート◆ 申請者→事

2024年6月改