

シナネン健康保険組合

記入例

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支給額	円
支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間

支給支払決議書		
常務理事	事務長	担当者
資格取得	年 月 日	
資格喪失	年 月 日	
支払年月日	年 月 日	


被保険者
被扶養者

海外療養費支給申請書

(第 1 回目)

被保険者証の 記号・番号	9999	被保険者が勤務する(していた)事業所の	名称	シナネンホールディングス株式会社		
	第9999号		所在地	電話 03 (999局) 9999 番 〒108-6306 東京都港区三田三丁目5番27号 住友不動産三田ツインビル西館6階		
傷病名	風邪		発病又は負傷の年月日	令和〇〇年〇〇月 〇〇日		
発病又は負傷の原因	細菌性の感染					
傷病の経過	良好					
診療又は手当を受けた医療機関の名称・所在地・医師の氏名及び国名	名称	〇〇・メディカル・クリニック		所在地及び電話番号	〒〇〇〇〇〇	
	氏名	ノア・〇〇〇〇			ワシントン州〇〇市△△通り1234番地〇〇号	
	国名	アメリカ				
診療又は手当の内容	診察のうえ、薬を処方してもらう		入院期間	自	年	月 日
				至	年	月 日
診療又は手当を受けた期間	自 令和〇〇年〇〇月〇〇日	〇日間	診療又は手当に要した費用の額	250		
至 令和〇〇年〇〇月〇〇日	通貨単位(ドル)					
療養の給付又は特定療養費もしくは家族療養費の支給を受けることができなかった理由	※治療を目的に渡航された場合は、支給対象外です。			渡航期間	自	年 月 日
				至	年 月 日	
第三者の行為による負傷であるとき	その事実と届出の有無	加害者の氏名				
		加害者の住所	〒			
被扶養者に関する申請のとき	氏名	品川 花子	生年月日	昭令 平 〇〇年〇〇月〇〇日	被保険者との続柄	妻
振込希望の銀行又は郵便局名	銀行		支店(普通第 号)	郵便局		
上記のとおり申請します。						
令和〇〇年 〇月 〇〇日						
被保険者の住所 〒〇〇〇-△△△△ 神奈川県横浜市〇〇区〇-〇-〇						
被保険者の氏名 品川 二郎						
シナネン健康保険組合理事長 殿						

委任状	私は 事業主担当責任者の氏名 を代理人と定め、次の権限を委任する。
	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日請求した 被保険者 療養費のうち 被扶養者
	金 円也の受領に関すること。 年 月 日
被保険者の	住所 〒〇〇〇-△△△△ 神奈川県横浜市〇〇区〇-〇-〇 氏名 品川 二郎
代理人の	住所 〒108-6306 東京都港区三田三丁目5番27号住友不動産三田ツインビル西館6階 氏名 事業主担当責任者の氏名
振込希望の銀行 又は郵便局名	銀行 支店（普通第 号） 郵便局

領収書	金 円也 但し うえの金額を領収いたしました。 年 月 日 シナネン健康保険組合理事長 殿
	受領者 住所 〒 氏名 

■ 提出ルート：申請者→事業主（担当人事）→シナネン健保

海外療養費申請の際のご注意

注意事項

- ① 傷病が第三者の行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病届」が必要になります。
- ② 海外での治療内容や医療費は国によって異なります。海外療養費の給付額は、診療内容明細書に基づき、国内で保険診療を受けた場合に準じて算定されます。一般的に海外の医療費は、日本国内の医療費より相当高額になるケースが多いため、実際の給付額は海外で負担した額の1割程度かまたはそれ以下になる場合もあります。
- ③ 「治療を目的」として海外へ渡航し治療を受けた場合は、支給対象外となります。
- ④ 日本国内で保険適用となっていない療養（治）は、支給対象外となります。

提出書類

添付書類
<input type="checkbox"/> 「海外療養費支給申請書」
<input type="checkbox"/> 「診療内容明細書」（様式A）と翻訳文
<input type="checkbox"/> 「領収明細書」（様式B）と翻訳文
<input type="checkbox"/> 領収証原本（海外の医療機関で医療費の支払いをした際のもの）
<input type="checkbox"/> パスポートもしくは航空券の写し（氏名及び海外に渡航した事実が確認できる書類）
<input type="checkbox"/> 「調査に関わる同意書」（海外の医療機関に対して保険者が照会を行うことに関する同意書）