

療養費支給申請書（海外療養費）の記入等について

健康保険 被保険者 被扶養者 療養費支給申請書【海外療養費】

被保険者情報	被保険者証の記号番号	記号 ●●	番号 ××××	所属事業所及び部署名	〇〇〇株式会社 〇〇支店 電話(内線) 03-1234-5678(999)
	氏名	フリガナ ケンポ タロウ	健保 太郎	生年月日	昭和 ●● 年 ●● 月 ●● 日 平成
	申請者住所電話番号等 (日中の連絡先)	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション456号室 電話 03 (7891) 2345			
	社員番号	1234567		メールアドレス	〇〇△△@〇〇〇.ne.jp

申請内容	受診者(該当に○)	本人(被保険者)・家族(被扶養者)		受診者氏名	健保 太郎
	傷病名	インフルエンザ		受診者の生年月日	昭和 ●● 年 ●● 月 ●● 日 平成
	発病の原因および経過	高熱のため、急きょ旅行先の病院で受診した。			
	診療を受けた医療機関名称	〇〇クリニック	診療を受けた医療機関住所	Washington D.C. U.S.A	
	診療を受けた期間	令和●●年●●月●●日から ●● 日 令和●●年●●月●●日まで	左記の期間に入院をしていた場合はその期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日
	療養に要した費用	200米ドル	診療の内容	診察および投薬を受けた	
	渡航期間	令和●●年●●月●●日から ●● 日 令和●●年●●月●●日まで	渡航目的	海外旅行のため	
交通事故等第三者が原因ですか	いいえ	はい	第三者が原因の場合はその状況		

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日		
	被保険者(申請者)	氏名	
	代理人 (実際に給付を受領する者)	氏名	

振込先情報	金融機関名称	●● 銀行	本店	支店番号	123
	預金種別	普通 当座	信用金庫	支店	ケンポタロウ
	口座番号	1234567	口座名義 (カタカナ)		

【添付書類】

- 診療内容明細書
- 領収明細書
- 現地で支払った領収書の原本
- 各添付書類の翻訳文
- 海外渡航期間がわかる書類(パスポート等)の写し
- 海外の医療機関等に照会することの同意書

備考	個人番号(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要)	受付日付印
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点	

海外旅行中や海外赴任中に急病になり医療機関にかかったときは、健康保険証が使えないため申請により一部医療費の払い戻しを受けることができます。
申請書に必要書類を添付して当組合に提出してください。

記入項目について

- ① 現地通貨で記入をしてください。
- ② 第三者行為での負傷の場合は、健康保険組合に届出が必要です。
届出をしていない場合は、後日書類をお送りしますので提出してください。
- ③ 給付金の振込先は、日本国内の口座で被保険者名義のものを記入してください。

添付書類

- ☐ 診療内容明細書(医科・様式A/歯科・様式C)
- ☐ 領収明細書(様式B)
- ☐ 現地で支払った領収書(原本)
- ☐ 海外渡航期間がわかる書類(パスポートの写し等)
- ☐ 調査に関わる同意書
※診療内容について診療を受けた医療機関等に照会するため

※各添付書類は翻訳文を記載してください。翻訳者の署名、住所、連絡先が必要です。

支給額について

原則として、日本国内の医療機関等で同じ傷病を治療した場合にかかる治療費を基準に計算され、算定した額が海外で実際に支払った額(日本円に換算した額)を下回る場合には、算定した額から自己負担分を控除した額を、上回る場合には、実際に支払った額から自己負担分を控除した額が払い戻されます。

- ※日本と海外での医療体制や治療方法が異なるため、支給額が海外で支払った額より大幅に少なくなることがあります。
- ※療養を目的として渡航し、診療を受けた場合は支給対象外です。

提出先・お問い合わせ先

フィリップス・ジャパン健康保険組合

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-23-5 代々木イーストビル8階

TEL 03-6384-2270

info@Philips-kenpo.com