

常務理事	事務長	係

支給決定伺

支出科目	第 款 項 目	療 養 費 家 族 療 養 費	支給決定金額	円
支給決定月日		会計処理月日	備考	

被保険者 被扶養者 海外療養費支給申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被 保 険 者 等	記号 番号	事 業 所 の 名 称							
	被保険者氏名			生年月日	昭和 平成	年	月	日		
	療養が被扶養者 に関するとき	氏 名		生年月日	昭 平 令	年	月	日	続柄	
	傷 病 名				発病又は負 傷の年月日	平・令	年	月	日	
	発病又は 負傷の原因									
	傷 病 の 経 過									
	診療又は手当を 受けた医療機関 の名称・所在地 及び医師の氏名	名称			所在地					
	診療又は 手当の内容	入院期間 自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日 装 具 装 着 日 平・令 年 月 日								
	診療又は手当を 受けた期間	平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日 日間								
	療養の給付を受け ることができなかつ た理由				診療又は手当 に要した費用	金額				
						通貨単位				
						国名				
	第三者の行為による 負傷である	はい ・ いいえ * 第三者の行為による負傷の場合、別途届出が必要です								
	振込先銀行名 (被保険者名義のみ。 被扶養者名義不可)	銀行	支店	口座 番号					名義	
	上 記 の 通 り 申 請 致 し ま す 令和 年 月 日 被保険者の氏名 大和ハウス工業健康保険組合理事長殿								受付日付印	

【添付書類】

- ①診療内容明細書【様式A】 ②医科：領収明細書(医科)【様式B】・歯科：領収明細書(歯科)【様式C】
③領収書 ④調査に関する同意書
⑤ ・パスポートの写し(氏名・顔写真と渡航先の出入国スタンプのページ)
・航空券の写し (eチケットの控えを含む)
・査証(ビザ)の写し (氏名と有効期限が記載されたもの)

いずれか一つ

※ ①～④は全て原本。

※ ④、⑤は渡航目的が出張や旅行、留学などの場合の方のみ必要(海外赴任者は不要)

※ 明細書等が外国語で記載されている場合は、「翻訳者の氏名、住所、電話番号を明記した翻訳文」を添付して下さい。

【注意事項】

- * 支給金額は、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した額(実際に海外で支払った額の方が低いときはその額)から自己負担相当額(患者負担分)を差し引いた額となります。
- * 領収書原本は返却できません(コピーを取り保管して下さい。)