

【海外療養費】 被保険者 療 養 費 支給申請書
被扶養者 療 養 費 付 加 金

事業主へ令和 年 月 日提出

① 被保険者(申請者)

⇒ ②

<事業所名>	
マネージャー	担当者

⇒ ③

ENEOSグループ健康保険組合

私(申請者)は、給付業務に必要な個人情報をENEOSグループ健康保険組合が使用することについて、この届出により承諾いたします。
なお、当健保組合のホームページに個人情報の管理方法等の詳細が掲載されています。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者記号	番号	会社名(出向元)							
	被保険者氏名	本請求に基づく給付金の受領を事業主に委任します。(任継を除く)		事業所・所属						
	生年月日	昭和・平成	年	月	日					
	被保険者住所	〒 - 電話番号 () -								
	療養が被扶養者 に関するとき	氏名	生年月日	昭和・平成 令和	年	月	日	続柄		
	診療または手当 を受けた 病院・診療所	名称	〒 - 電話番号 () -							
		所在地								
	傷病名	発病または 負傷の原因								
	発病または負傷 の年月日	平成・令和	年	月	日					
	診療を受けた日 および日数	令和	年	月	診療	通院・入院	日間	↓診療を受けた日に○をしてください		
	診療または 手当の内容		診療等に 要した費用							
	第三者の行為により負傷したものが		はい ・ いいえ		業務上負傷したものが		はい ・ いいえ			
	添付書類 (必ず添付)	医科 の場合	<input type="checkbox"/> 診療内容明細書(様式A) <input type="checkbox"/> 領収明細書(様式B) <input type="checkbox"/> 日本語翻訳 <input type="checkbox"/> 領収書(原本)		歯科 の場合	<input type="checkbox"/> 診療内容明細書(歯科) <input type="checkbox"/> 領収書(原本)		健診 の場合	<input type="checkbox"/> 領収書(原本) <input type="checkbox"/> 健診結果(写)	
							予防接種 の場合	<input type="checkbox"/> 領収書(原本)		

健 康 保 険 組 合 処 理 欄	法定	支給決定日	令和	年	月	日	支給決議日	令和	年	月	日
	付加	支 給 金 額	法定					円換算レート			
			付加								
			合計								
特記事項	①申請額 <input type="checkbox"/>						事 務 処 理	チ ェ ッ タ ク			
②国内標準額 <input type="checkbox"/>											

「注意事項」

- 添付書類 「療養費支給申請書」「診療内容明細書(様式A)(歯科)」「領収明細書(様式B)」は、診療月、医療機関、入院・外来ごとに一枚ずつ医療機関の証明を受け、「日本語翻訳」を添付。書類は全て原本を提出。領収書(原本)には、「支払日付・宛名・金額(通貨の種類)・証明者(押印・サイン等)」が記載されていること。クレジットカード(自動引き落とし)で支払った場合は、引き落としの確認できる書類(コピー可)を添付尚、必要に応じてパスポートの写し、医療機関へ照会することの同意書の提出を求められる場合があります。
- 支給される内容と範囲 海外療養費の支給は、国内の保険医療機関や保険薬局で受けられるものの範囲内です。ただし、治療を目的に海外へ行き治療を受けた場合は給付の対象外となります。
- 支給される金額 治療内容のレベルや治療費は国ごとに異なりますので、診療内容明細書と領収明細書に基づいて、国内の健康保険の治療を基準とした範囲内で決定します。
- その他 「国際疾病分類表」は医師の証明を受ける際に必要ですので必ず各明細書と同様に医師に提出してください。

受付日付印