【海外療養費】 被保険者 療養費 / 被扶養者 療養費付加金 支給申請書

事業主へ令和　年　月　日提出

① 被保険者（申請者） ⇒ ② ＜事業所名＞ 空欄のまま事業所健保担当者へご提出ください。 ⇒ 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示されています。

被保険者記入欄

被保険者記号	○○○○	番号	○○○○○○	会社名（出向元）	○○○○株式会社
被保険者氏名	健保　太郎 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 （ ○○○ ） ○○○○ － ○○○○ ○○○○○○○○　○○○○○○. USA				
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	○○○○○			
	所在地	〒　－　電話番号 （　） － ○○○○○○○○　○○○○○○. USA			

診療に要した費用		保険金および自費（文書料等）	＝	申請額	通貨単位 U / S / D
保険金や自費がなければ記入不要				5,000	

医科・歯科

傷病名	風邪	発病または負傷の年月日	平成・（令和）○○ 年 ○○ 月 ○○ 日
発病または負傷の原因	発熱のため	診療または手当の内容	診察、薬の処方
診療日等詳細	令和 ○ 年 ○ 月診療	（通院）・ 入院	3 日間

↓診療を受けた日に○をしてください

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

第三者の行為により負傷したものか	はい ・ （いいえ）	業務上負傷したものか	はい ・ （いいえ）

添付書類（必ず添付）	医科の場合	歯科の場合	
	☑ 診療内容明細書（様式A） ☑ 領収明細書（様式B） ☑ 日本語翻訳 ☑ 領収書	☐ 診療内容明細書（歯科） ☐ 領収書	保険金を受けている場合 ☐ 保険金の金額が確認できるもの

疾病予防

受診日	令和　年　月　日	添付書類（必ず添付）	
受診項目（1件毎申請）	☐ 人間ドック・特定部位ドック 家族健康診断	☐ 領収書 ☐ 健診結果（写）	受診者、受診日、受診内容がわかるもの（日本語以外で記載の場合は、日本語訳を記載または添付のこと）
	☐ インフルエンザ予防接種	☐ 領収書	

健康保険組合処理欄

法定		支給金額	法定								円換算レート（ TTS ・ FT ）
付加			付加								
特記事項			合計								（円/支払通貨）
支給決定日	令和　年　月　日	支給決議日	令和　年　月　日	☐ 申請額 ☐ 国内標準額							

「注意事項」

1.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**原本**を提出。
領収書（原本）には、「支払日付・宛名・金額（通貨単位）・証明者（押印・サイン等）」が記載されていること。
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。

2.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。

3.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。

4.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