



健 保 組 合	担当者

事 業 所	所属長	担当者

受 付 印

海外療養費支給申請書

健康保険 記号・番号	—		被保険者氏名		
受診者氏名	(続柄)		受診者の生年月日	S・H・R 年 月 日	
海外事業所名			国 名		
日本国内で受診 できなかった理由	イ.海外勤務 ロ.帯同者 ハ.出張中 ニ.旅行中 ホ.その他()				
傷 病 名			発病または負傷 の年月日	S・H・R 年 月 日	
傷病の原因と経過	原 因	☐ 仕事中 ☐ 通勤途上 ☐ 交通事故 ☐ 加害者有り ☐ 自分の不注意 ☐ その他 [] ※仕事上、通勤途上、交通事故、加害者による負傷の場合は必ず健保組合にご連絡ください。			
	状況・経過				
治療を受けた病院名			所 在 地		
治療を受けた医師名			診療の区別	☐ 入院 ☐ 入院外	
治療を受けた期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで ()日間				
治療を受けた国名		通 貨		治療に要した金額	
他保険からの給付	☐ 受ける (領収書添付) ☐ 受けない		名 称		

上記保険給付金の受領を下記事業主に委任します。
サンヨー連合健康保険組合が医療機関等に対して療養の内容照会を行うことに同意します。

令和 年 月 日

被保険者氏名

上記申請内容が正しいことを証明します。なお、被保険者の委任を受け保険給付金を受領します。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

※ 受診者別に入院・入院外をそれぞれ分けて一カ月単位で申請してください。

【添付書類】

- ①「診療内容明細書」【様式A】とその日本語訳
- ②「領収明細書」【様式B】とその日本語訳
- ③歯科の場合は「診療内容明細書・領収明細書」【様式C】とその日本語訳
- ④現地で支払った領収書の原本
- ⑤「日本国内で受診できなかった理由」がハ、ニ、ホの場合……パスポートの写し

海外療養費は、日本国内の健康保険での
治療費を基準に換算して支給されますの
で、現地での実際の支払と療養費の支給
額が大きく異なることがあります。

【健保記入欄】

為替レート	領収額(円換算)	国内診療算定額	査 定 額	法定給付	高額療養費	付加給付	支給金額合計
	円	円	円	円	円	円	円