

健康保険 被保険者/被扶養者 海外療養費支給申請書

該当する方を○で囲んでください。

被保険者情報	被保険者証の記号・番号	記号 25	番号 111 (枝番)	事業所の名称	会社名 (株)リクルートスタッフィング	
	被保険者の氏名と印	健保 一郎			被保険者の生年月日	① 昭和 2. 平成 49年 1月 16日 生まれ 3. 令和
	被保険者の住所・電話	〒 141-0031 東京都品川区西五反田3-8-20			日中連絡が取れる電話番号 TEL 090 (4567) 0000	

該当する方にチェックを入れてください。

申請内容	受診者	該当者に <input checked="" type="checkbox"/> チェックし、被扶養者(家族)の場合、氏名・生年月日をご記入ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)				
	被扶養者(家族)の氏名	被扶養者(家族)の生年月日	1. 昭和 2. 平成 年 月 日 生まれ 3. 令和			
	傷病名	左足首ねん挫		発病または負傷の年月日	令和 5年 3月 28日	
	付添を必要と認めた理由	(付添人がいた場合は記入してください。)				
	他人の行為による場合	その事実と届出の有無:		加害者の氏名: 加害者の住所:		
	傷病の経過	(いつ・どこで・どのようにして傷病が発生したか、その経過を記入してください。)				
	診療又は手当てを受けた医療機関などの情報	医療機関名: 〇〇Medical Clinic	所在地: 2011, Sterling Street, Oahu, Hawaii, U.S.A.	診療した医師等の氏名: Michael Smith	実際に支払った金額(領収書の金額)と通貨単位を記入してください。	
	診療又は手当ての内容	診察を受け、外用薬を処方された			自費で診察を受けた期間の始めと終わりの日を記入してください。日数は診療を受けた日の数を書いてください。	年 月 日 年 月 日 年 月 日
	診療又は手当てを受けた期間	令和 5年 3月 28日 から令和 5年 3月 28日 まで 1日			診療又は手当てに要した費用の額	1,500 USドル 円
日本国内で受診できなかった理由	1. 出張中 2. 海外勤務中 ③ その他(理由: 海外旅行先で負傷)					

振込先指定口座	【口座名義の区分】 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者名義 <input type="checkbox"/> 代理人名義(委任状欄をご記入ください。また、公金受取口座は利用できません。)												
	銀行名	支店名	支店コード	預金種別									
	三井住友 銀行	新宿 支店	2 2 1	① 普通 2. 当座									
	口座番号	口座名義 カタカナ (姓と名の間は1マス開けてください。濁点(°)、半濁点(゜)は1文字としてご記入ください。)											
	1	2	3	4	5	6	7	ケン	ホ	イ	チ	ロ	ウ
	マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(※)			口座名義はカタカナでご記入ください。 またゆうちょ銀行の口座を希望される場合、振込専用の店名(漢数字3文字)・預金種別・口座番号をご記入ください。									
注意事項	※上記の欄に振込口座の記入がある場合は、上記を優先し、振込専用口座の記入をお願いします。 ※給付日直前の変更や登録内容に誤りがあった場合は、お詫言われさせていただきます。												

委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		令和 5年 3月 28日	受付日付
	被保険者 氏名	住所 〒	代理人(口座名義人) 氏名	被保険者との関係

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。

健康保険 海外療養費支給申請書 注意点等

海外療養費申請時の注意点

- 日本国内で保険適用になっていない療養は給付の対象になりません。
- 療養の目的で海外に出向き、療養を受けた場合は支給対象になりません。
- 支払った費用の全てが給付の対象となるとは限りません。
※治療内容やレベルや治療費は国ごとに異なるため、海外の病院で発行された診療内容明細書と領収明細書にもとづいて、日本国内の健康保険で定めた治療費を基準にした額が給付の対象となります。

記入に関する注意事項

1. 訂正の際は、間違った部分を二重線で消し、訂正印を押印してください。
 2. 被保険者の記号・番号は、保険証に記載されています。
 3. 受診者が被扶養者の場合、忘れずに申請内容欄の受診者の「被扶養者(家族)の氏名」欄と「被扶養者(家族)の生年月日」欄をご記入ください。
 4. 業務災害、通勤災害に該当せず、「他人の行為によるものですか」が「はい」の場合、提出前にリクルート健保の第三者行為担当者までご連絡ください。
(電話0120-501-042 音声ガイドで「1」を選択してください)
- ※ 今回の申請は業務中、通勤中の傷病ではありませんか？
業務災害・通勤災害の場合、労災保険の給付対象となります。業務または通勤が起因している傷病の場合、申請前に状況、原因等について**事業会社の労災担当、人事担当者へ**報告してください。
5. 委任状欄は、給付金の受け取りを代理人に委任する場合のみ記入してください。委任者と代理人それぞれの署名が必要です。(同一筆跡不可)

海外療養費申請時の添付書類

1. 海外の病院で発行された「診療内容明細書」(HP上の医科診療内容明細書・領収明細書 様式A)
※歯科の場合は「歯科診療内容明細書」をお使いください。
 2. 海外の病院で発行された「領収明細書」(HP上の医科診療内容明細書・領収明細書 様式B)
 3. 医療機関で発行された領収書(原本)
 4. 上記1~3の日本語翻訳
 5. 海外に渡航した事実が確認できる書類(パスポート等)の写し
 6. 海外の医療機関等に対して療養内容の照会を行なうことの同意書
- 1、2、6の書式はリクルート健保ホームページにPDFファイルがありますので印刷してください。
- 1、2は療養を担当された医師に記入を依頼してください。6は被保険者が記入してください。

リクルート健康保険組合→各種手続き→立て替え払いをしたとき→海外で病気やけがをしたとき(手続シート)