

支給金額	円
支給期間	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日 日間

常務理事	事務長	担当

- 被保険者
 被扶養者

療養費支給申請書（海外）

愛知製鋼健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

被保険者資格情報 記号・番号		事業所名			
被保険者氏名	㊦	生年月日	昭和 平成	年 月 日	
被保険者の住所	〒 - 〇〇〇〇 〇〇-〇〇 〇〇 Tel () - 〇〇〇〇 〇〇〇〇				
申請が被扶養者 に関するときは	氏名	生年月日	S・H・R	年 月 日	続柄
傷病名			発病または 負傷年月日	平成 令和	年 月 日
発病または 負傷の原因					
診療を受けた 病院等	名称			所在地	〒 - 〇〇〇〇 〇〇-〇〇 〇〇
	医師名				
診療の内容					
診療の期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	入院・通院の別 入院・通院	診療に要 した費用	円
保険適用されな かった理由	海外受診につき、日本国内の健康保険は適用されないため。				
第三者行為によ るものですか？	いいえ・はい	相手の氏名			
		相手の住所	〒		
受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者（請求者）氏名 ㊦				受付日付印 
	代理人の 氏名と印	(フリガナ) ㊦			
	代理人の 住所	〒 - 〇〇〇〇 〇〇-〇〇 〇〇			

(添付書類)

パスポート（写）①申請者の写真のページ ②出国、入国の確認できるページ

㊦原本を添付ください。

医科：①領収書 ②診療内容明細書 様式 A ③領収明細書 様式 B

歯科：①領収書 ③領収明細書 様式 B ④医科診療内容明細書 様式 C

(②.③.④日本語記入されていない場合は必ず、邦訳を記入してください。医師以外でも構いません)

同意欄	療養を受けた海外の医療機関等に愛知製鋼健康保険組合が 文書等により当申請内容を照会することに同意します。 被保険者 ㊦
-----	---

保険給付を受ける権利の時効(消滅期間)は2年間です。

給付金は「給付金支給決定通知書兼医療費のお知らせ」でご確認下さい。

給付金は給与上乗せでお支払い致します(任意継続の方のみ届出されている口座振込)

健保 使用 欄	資格取得日	年 月 日	資格喪失日	年 月 日	標準報酬月額	千円
		医療費 (a)	支給率 (b)	足切り額 (c)	金額 (a × b - c)	
	法定給付	円	割			円
	付加給付	円			円	円

令和6年12月改訂