

支給決定 伺	受付日	令和 年 月 日	常務理事	事務長		担当者
	レート					
	現地医療費	× 0.8・0.7 =				
	国内医療費	× 0.8・0.7 =	支給決定額			円

## 海外療養費支給申請書

（請求の注意）  
○業務上・通勤途上の病気や怪我の場合は健康保険は適用されません。会社に事故報告してください。  
○受診者ごと（診療月別）に診療月別、医療機関別、に於いて申請してください。  
○診療報酬明細書（原本）と領収明細書（原本）は担当医師又は病院の事務担当医者に証明してもらってください。  
○各明細書の内容が外国語で記載されている場合は翻訳を添付し、翻訳者氏名、住所を明記してください。  
○領収明細書は診療行為の単価及び数量等の詳細が記載されていることをご確認ください。  
○領収明細書は診療行為の単価及び数量等の詳細が記載されていることをご確認ください。

被保険者証記号	6010	被保険者証番号	12345	枝番	67
対象者氏名	兼松 花子	生年月日	H 4年 9月 1日	続柄	妻
診療を受けた 医療機関情報	国名	医療機関名			
	アメリカ	ノースウェスタン・メディソン・キャサリン・グリフィン・レイクフォレスト病院			
	診察した医師名	医療機関所在地			
	XXXX	イリノイ州レイクフォレスト、ノースウェストモアランドロード1000、郵便番号60045			
傷病名	緊急帝王切開出産	発病又は負傷日	令和 8年 2月 20日		
発病の原因・経過及び負傷状況	<input checked="" type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 怪我	*原因及び経過について詳しくご記入願います 逆子による早産の兆しにつき緊急帝王切開をすることとなった。			
	*怪我された方のみ（負傷状況） <input type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> 通勤中 <input type="checkbox"/> 勤務中（出張中含） <input type="checkbox"/> 第三者によるもの				
診療を受けた 期間	診療月	*診療等を受けた日を○で囲んでください。			日数
	8年 2月分	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			9日
		*上記診療月内に入院していた期間がある場合はその期間 令和 8年 2月 20日～令和 8年 2月 28日（9日）			
診療に要した 費用	26,000（アメリカドル）		*通貨単位を記入ください （例：アメリカドル）		
診療内容	手術、麻酔、回復ケア、薬剤処方				
受診者の海外 渡航期間	<input type="checkbox"/> 平成 7年 9月 1日 ~ <input type="checkbox"/> 平成 9年 8月 31日 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 7年 9月 1日 ~ <input checked="" type="checkbox"/> 令和 9年 8月 31日				
渡航理由	<input checked="" type="checkbox"/> 海外赴任・長期出張（帯同家族含む） <input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 帰省 <input type="checkbox"/> 他（ ）				
同意欄	健康保険組合が海外療養費申請書類にある事実（療養を行った日時、場所、療養内容を確認するため、療養行為を行った者（医者等）に照会を行い、情報の提供を受けることに同意します。 令和 8年 3月 1日 被保険者氏名 兼松 太郎				
☆退職者又は任意継続被保険者のみ（現役社員は記入不要）					
振込先選択	<input type="checkbox"/> 公金受取口座への振込を希望する <input type="checkbox"/> その他の振込先を希望する ※公金受取口座への振込には事前にマイナンバーを利用した登録が必要となります。 ※その他の振込先を選択された方は下記ご記入ください。（但し被保険者の銀行口座に限る。）				
振込先	銀行名	支店名	口座種別	口座番号	
			<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		

にある資格情報のお知らせでご確認ください。\*被保険者記号番号は、マイナンバーでご確認ください。KENPOMY PORTALの通知書・証明書アイコン内

兼松健康保険組合理事長殿

受付印

令和 8年 3月 1日 上記により申請します。

被保険者氏名 兼松 太郎