

【メール提出不可】

記入例

健康保険

被保険者

家族

## 療養費支給申請書（海外療養費）

|                                                           |                |                           |    |       |                 |                         |           |   |     |   |            |       |
|-----------------------------------------------------------|----------------|---------------------------|----|-------|-----------------|-------------------------|-----------|---|-----|---|------------|-------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>（<br>社<br>員<br>）<br>記<br>入<br>欄       | 被保険者証<br>記号・番号 | 99                        | —  | 99999 | 被保険者の氏名         | 健保 太郎                   |           |   |     |   |            |       |
|                                                           | Global ID      | 1234567                   |    |       |                 |                         |           |   |     |   |            |       |
|                                                           | 事業所の名称         | 〇△◇ 株式会社                  |    |       | 生年月日            | 〇〇年〇月〇日                 |           |   |     |   |            |       |
|                                                           | 傷病名            | 急性胃腸炎                     |    |       | 発病又は負傷の<br>年月日  | 〇〇年 〇 月 〇 日             |           |   |     |   |            |       |
|                                                           | 発病又は負傷の原<br>因  | 腹痛と下痢を起こした。               |    |       | 第三者行為によ<br>るもの  | はい ・ いいえ                |           |   |     |   |            |       |
|                                                           |                |                           |    |       |                 | ※「はい」の場合は、事前に健保にご連絡下さい。 |           |   |     |   |            |       |
|                                                           | 診療期間           | 自                         | 〇〇 | 年     | 〇               | 月                       | 〇         | 日 | 日 数 | 1 | 入院又は<br>外来 | 入院・外来 |
|                                                           |                | 至                         | 〇〇 | 年     | 〇               | 月                       | 〇         | 日 |     |   |            |       |
|                                                           | 診療内容           | 診察と投薬を受けた。                |    |       | 診療に要した費<br>用の全額 | 100ドル                   |           |   |     |   |            |       |
|                                                           | 渡航の期間          | 〇〇年 〇 月 〇 日 ～ 〇〇年 〇 月 〇 日 |    |       |                 |                         |           |   |     |   |            |       |
| 渡航国名                                                      | アメリカ           |                           |    |       |                 |                         |           |   |     |   |            |       |
| 通貨の名称<br>(US\$など)                                         | US ドル          |                           |    |       |                 |                         |           |   |     |   |            |       |
| 家族に関する請求の<br>場合は家族の氏名<br>(治療を受けた人)                        | 氏 名            | 健保 花子                     |    |       | 続柄 ( 妻 )        | 生年月日                    | 〇〇年〇 月〇 日 |   |     |   |            |       |
| 本件給付金を上記のとおり申請します。 〇〇年 〇月 〇日                              |                |                           |    |       |                 |                         |           |   |     |   |            |       |
| 在職被保険者の場合は、本件給付の受領方を事業主に委任します。(※)                         |                |                           |    |       |                 |                         |           |   |     |   |            |       |
| 被保険者の住所 〒 999-0001<br>東京都〇〇区〇〇〇町2-2-2                     |                |                           |    |       |                 |                         |           |   |     |   |            |       |
| 被保険者の氏名 健保 太郎                                             |                |                           |    |       |                 |                         |           |   |     |   |            |       |
| A I G 健康保険組合理事長 殿                                         |                |                           |    |       |                 |                         |           |   |     |   |            |       |
| (※) 給付金は、毎月15日健保受付締め切り、翌月給与に振込いたします。(任意継続者は、翌月20日登録口座へ振込) |                |                           |    |       |                 |                         |           |   |     |   |            |       |

\* この申請書に必要事項をご記入の上、下記書類を添えて提出して下さい。(裏紙での申請不可)

・ 詳しくは別紙「海外療養費の支給申請について」を参照下さい。

受 付 印

添  
付  
書  
類

- ① 診療内容明細書（原本）  
診療を受けた海外の医療機関で医師の証明を受けてください。
- ② 領収明細書（原本）  
診療を受けた海外の医療機関で記入してもらってください。
- ③ 医療機関等の領収証（原本）
- ④ 上記①②の日本語訳（翻訳者の氏名・住所・電話番号必須）
- ⑤ 旅券、航空券その他の海外に渡航した事実が確認できる書類の写し
- ⑥ 調査に関わる同意書

注  
意

受診者ごとに診療月別、通院と入院別、医療機関ごとに1枚作成してください。

提  
出  
先

(社) ヒューマン・リソース・パートナーズへ提出して下さい。

住所：〒540-6319 大阪府大阪市中央区城見1-3-7 IMPビル19階

社会保険労務士法人 ヒューマン・リソース・パートナーズ AIG担当宛て  
任意継続者の方は直接、AIG健康保険組合に送付して下さい。