

【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 保 険 者 （ 社 員 ） 記 入 欄	被保険者証の 記号と番号	99 - 99999	被保険者の氏名	健保 太郎		
	事業所の 名称	○△◇ 株式会社	所属 （勤務先）	〇〇損害保険株式会社 △△支店		
	傷病名	急性胃腸炎	発病又は負傷 の年月日	令和 6年 4月 1日		
	発病又は 負傷の原因	腹痛と下痢を起こした。	第三者行為 によるもの	はい・いいえ		
	診療期間	自 令和 6年 4月 1日 至 令和 6年 4月 1日	日数	1日	入院 又は 外来	入院・外来
	診療内容	診察と投薬を受けた。	診療に要した 費用の全額	100ドル		
	渡航の期間	令和 6年 3月 25日 ~ 令和 6年 4月 6日				
	渡航国名	アメリカ				
	通貨の名称 （US\$など）	US ドル				
	家族に関する請求の 場合はその者の （治療を受けた人）	氏名	健保 花子	続柄（妻）	生年月日	昭和 55年 1月 1日
本件給付金を上記のとおり申請します。 令和 6年 4月 15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 東京都〇〇区〇〇〇町 2-2-2						
被保険者の氏名 健保 太郎						
AIG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）						

* この申請書に必要な事項をご記入の上、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。