

【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	被保険者等 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 年月日	〇〇年〇月〇日	
	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	
			※「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 至 〇〇 年 〇 月 〇 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	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 (US\$など)	US ドル					
家族(被扶養者)に 関する請求の場合 家族の氏名	健保 花子 続柄(妻)		家族(被扶養者)に 関する請求の場合 家族の生年月日	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 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、給与と一緒に振込いたします。(任意継続者は、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。

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

受 付 印

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。