

支給決定伺	常務理事	事務長	担当者	担当者
支給額				
決定日	年	月	日	
備考				

## 海外療養費支給申請書

( 院外処方箋・院外検査指示 )

医療区分 : 入院 ・ 通院      種別 : 歯科 ・ 歯科以外の傷病 ・ その他 ( )

健康保険 被保険者証	記号	番号	受診国 滞在の 理由	① 海外駐在 駐在地 ; <b>スイス</b> ② 海外出張 出張先 ; ③ 私的滞在 ; 療養のため ・ 留学等 ・ 旅行 ・ その他				
	<b>1</b>	<b>1234</b>						
社員No.	<b>1234-5</b>		海外旅行保険 有 ・ 無	現地保険 有 ・ 無	会社の保険 有 ・ 無	受診者の 居住国	<b>スイス</b>	
受診者氏名	<b>阪田 太郎</b>		生年月日 受診月年齢	<b>1970 年 1 月 1 日 50 歳</b>		被保険者 との続柄	<b>本人</b>	
傷病名 (身体の一部の 時は部位)	<b>糖尿病</b>			発病 (発症) ・ 負傷の年月日	診療を受けた国名		<b>2015 年 10 月 診断 日</b> <b>スイス</b>	
傷病負傷の 原因や相手 (複数可)	不明 ・ 生活習慣 ・ 先天性疾患 ・ <b>慢性疾患</b> ・ 人 ・ 動物 ・ 食品 ・ 車両 ・ 設置物 ・ 建造物 その他 : 詳しく⇒						第三者行為で 他者や他者の管理するものが関与	ある <b>ない</b>
受診 者 が 記 入	① 受診した医療機関と 診察した医師の 住所・氏名・連絡先等		<b>UNIVERSITY HOSPITAL DR. MARTIN G. KRASKA RAEMISTRASSE 100 8091 ZURICH tel +41-44-255-2111</b>					
	経緯経過		上記①を受診した際に①の医師より、次の指示書・処方箋を受けました					
が 記 入	指示書・処方箋の種類 と指示を受けた日		<input checked="" type="checkbox"/> Medicines	指示を受けた日 :	<b>2020/4/4</b>	計	<b>1</b> 回/月	
			<input type="checkbox"/> LaboratoryTests	指示を受けた日 :		計	回/月	
			<input type="checkbox"/> X-ray	指示を受けた日 :		計	回/月	
			<input type="checkbox"/> Other ↓	指示を受けた日 :		計	回/月	
		指示内容 :						
② 指示書や処方箋により 受診した施設の医師 住所・氏名・連絡先等		<b>APOTHEKE, Pharmacy Theaterstrasse 14, 8001 Zurich TEL: +044-266-6222</b>						
指示や処方を受けた 年月 (申請は月ごと)	<b>2020 年 4 月分</b>	検査や調剤 の日数	<b>1</b> 回	療養費 (通貨表示のこと)	<b>CHF. 50.00</b>			
検査や調剤を受けた日 (対象月内、全て記入)	<b>2020/4/5</b>			備考				
申請日	<b>2020 年 5 月 15 日</b>			送付物宛先	<b>スイスオフィス</b>			
				申請者 電話番号 (内線)	<b>T.sakata@mail.com</b>			
				氏 名	<b>阪田 太郎</b>			
被保険者 サカタインクス健康保険組合 理事長 殿								

- 注意
- 海外での療養の申請書には指定の「診療内容明細書」「領収明細書」、その「邦訳」と「同意書」を添付して下さい。
  - 検査指示書や処方箋による場合は、そのコピーを付け**指示日の療養申請と同時に提出して**下さい。
  - 領収書の発行者が異なる場合は原則として**領収書発行者ごと**に申請書一式が必要です。
  - 証明書類等で日本語以外の言語や文字の書類には**翻訳文**を付けて下さい。
  - 申請に渡航・滞在の事実を証明する書類を添付して下さい。(旅券・航空券のコピー等)
  - 記入漏れ、添付書類の不備不足等の申請は受付できません。**
  - 手書き**してください。(厚労省の指導により必要に応じて筆跡を確認することがあります)

上記の受診者の  
駐在員としての居住地  
であることを認める  
事業主の代理人印

支払方法 : **国内給与口座に振込み。** 任意継続被保険者は登録口座に振込

以下の欄は記入しないで下さい

療養費	疾病点数	担当者
売りレート <small>適用日</small>	日数	給付率
円換算 (小数点以下切捨)	基準給付額	
医療費補助率	附加給付額	支払 受付
医療費補助額	合計	