

問合せ先／TOTO健康保険組合 +81-93-951-2182

【海外用】健康保険 療養費支給申請書

- ◆下記事由に該当する場合は、本申請と併せて添付資料（★）をご提出ください。
・海外赴任中や海外旅行中に急な病気やケガなどにより、やむを得ず現地の医療機関で診療等をうけた場合
- ◆本申請書および添付資料は、1ヶ月ごと、受診者ごと、医療機関ごと、入院・外来ごとに1枚ずつ必要。
- ◆日本国内の医療機関等で治療を受けた場合にかかる治療費を基準に計算した額（実際に海外で支払った額の方が低いときはその額）から、加入者が負担すべき額を差し引いた額を支給。
※但し、支給対象は、日本国内で保険診療として認められている医療行為に限る

※退職者（記号：105）の方は、社員番号は記入不要

被 保 険 者	保険証の 記号・番号	記号	番号	社員番号	連絡先	(内線)	-	-	
	氏名	(フリガナ)		住所		(外線)	-	-	
対 象 者	対象者 氏名	(フリガナ)		対象者 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年	月	日	
	傷病名			診療を 受けた 医療機関	<名称>				
	負傷又は 発病日	令	年	月	日	負傷又は 発病の原因			
	傷病発生 の原因 (該当する 場合のみ)	<input type="checkbox"/> 第三者行為によるものか (交通事故・けんか等)		→ 第三者行為によるものである場合、相手方の氏名・住所		<input type="checkbox"/> 不明			
		<input type="checkbox"/> 交通事故の負傷によるものか		氏名					
		<input type="checkbox"/> 通勤途中の負傷によるものか		住所		〒 -			
	診療等に 要した費用	<支払額>			<通貨>			<受診国>	
	受診の 区別	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院		診療期間	令	年	月	日	から 令
	同意欄	TOTO健康保険組合が医療機関等に対して、療養が行われた事実の有無やおこなわれた療養等の内容照会を行うこと、また当該医療機関等が内容紹介の回答をすることに同意します。							
	申請理由 および 添付資料 (★)	日本国内で受診できなかった理由		添付資料（★） ※の資料は日本語訳をし、原本を提出					
	<input type="checkbox"/> 出向中（家族帯同含む） <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> その他 理由：		<input type="checkbox"/> 診療内容明細書※ または 歯科診療内容明細書※ <input type="checkbox"/> 領収明細書※ <input type="checkbox"/> 領収書※ <input type="checkbox"/> 診療内容明細書※ または 歯科診療内容明細書※ <input type="checkbox"/> 領収明細書※ <input type="checkbox"/> 領収証※ <input type="checkbox"/> パスポートの写し(①氏名の頁・滞在国への入出国が確認できる頁)						

「健保使用欄」
受付日

対 象 確 認	<input type="checkbox"/> 本人	負 担 割 合	<input type="checkbox"/> 一般	不 足 書 類	<input type="checkbox"/> 診療内容明細書(原本) または 歯科診療内容明細書(原本)	支 給 額				
	<input type="checkbox"/> 家族		<input type="checkbox"/> 未就学		<input type="checkbox"/> 領収明細書(原本)					
	<input type="checkbox"/> 取得中		<input type="checkbox"/> 高齢2割		<input type="checkbox"/> 領収証(原本)					
	<input type="checkbox"/> 喪失済		<input type="checkbox"/> 高齢3割		<input type="checkbox"/> パスポートの写し(①氏名の頁・滞在国への入出国が確認できる頁)					
レ ー ト		計 算 基 礎	<input type="checkbox"/> 詳細別紙				円			