

支給額	円
支給期間	自 年 月 日 日間 至 年 月 日
支払年月日	年 月 日
請求額	円
一部負担	円

支給支払決議書			
常務理事	事務長		担当
資格取得		年 月 日	
資格喪失		年 月 日	

被保険者
被扶養者 海外療養費支給申請書

(第 回目)

被保険者証の 記号・番号	11 — 12345	被保険者氏名	健保 太郎
事業所の名称・所在地	サンスター(株)	〒569-1195 大阪府高槻市朝日町 3-1	
傷病名	う蝕	発病又は負傷の年月日	令和 3 年 7 月 1 日
発病又は負傷の原因	原因不明		
傷病の経過	治癒		
入院・外来の別	入院・外来	診療を受けた国名	タイ国
診療又は手当を受けた 医療機関の名称・所在地 及び医師の氏名	名称 ○○ Hospital 氏名 Dr. ××△△	所在地 及び 電話番号	2/1 Sukhumvit 49 Rd, Klongton, Wattana, Bangkok 10110
診療又は手当の内容	フッ素塗布	入院期間	～
診療又は手当を 受けた期間	令和 3 年 7 月 3 日～7 月 4 日(2 日間)	診療又は手当 に 要した費用	2,000THB
海外療養を受けた理由	旅行・駐在・その他()		
第三者の行為による 負傷であるとき	その事実と 届出の有無	相手(第三者)がいる場合のみ、記入ください。	
被扶養者に関する 申請のとき	氏名	生年月日	昭年 月 日 平
			被保険者 との続柄

同意書	サンスター健康保険組合 理事長 殿 上記のとおり申請します。尚、私は 貴組合がこの請求内容について海外医療機関、 事業主等に照会することに同意いたします。 令和 3 年 8 月 1 日 被保険者の 住所 ×××××××××××××××× 氏名 健保 太郎
-----	--

*在職中の方は事業主経由で療養費を支給しますので、下記にも記入願います。(任継者は記入不要)

委任欄	私は所属する事業所を代理人と定め、本請求に基づく給付金の受領を委任します。 事業所名 サンスター(株) 被保険者氏名 健保 太郎
-----	--

※この申請書に診療内容明細書(様式A)、領収明細書(様式B-2)、翻訳文、領収書原本を必ず添付してください。
※実際に払いもどされる額は診療内容明細書と領収明細書に基づいて日本国内の健康保険の治療を基準とした
範囲内で支給します。

受付印