至　事業所健保窓口経由　三井住友トラスト・グループ健康保険組合

常務理事	事務長	担当者	支給決定伺		法定	円
			支給金額	円	付加	円
			支給決定日	年　月　日	被扶養者資格確認	

被保険者 家族 療養費 療養付加金 支給申請書

海外用

被保険者の記入欄	被保険者証	記号	○○○○	被保険者氏名	健保　太郎	
		番号	○○○○○○			
	傷病名	□□□□□□		発病又は負傷の年月日	△△年 △△月 △△日	
	発病又は負傷の原因傷病の経過	□□□□□□□□□□□□				
	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	□□□□□□□□□□□□	所在地	□□□□□□□□□□□□	
		氏名	□□□□□□□□□□□□			
	診療又は手当の内容	□□□□□□□□□□□□		入院期間	自 △△年 △△月 △△日 至 △△年 △△月 △△日	
				コルセット装着日	△△年 △△月 △△日	
	診療又は手当を受けた期間	自 △△年△△月△△日 至 △△年△△月△△日	○○ 日間	診療又は手当に要した費用の額	○○,○○○ 円	
	第三者の行為による負傷ですか？	はい　いいえ	「はい」の場合健保への届出の有無	有　無	無の場合は「第三者行為による傷病届」等の提出が必要です。届出書を健保までご請求ください。	
	被扶養者に関する申請のとき	氏名	健保　二郎	生年月日	昭 平 △△年△△月 △△日	被保険者との続柄 長男

上記のとおり申請します。
なお、給付金の受領を、所属する事業主へ委任します。(*1)
資格喪失後は下記の口座(*2)に振り込み依頼します。

△△年 △△ 月 △△ 日

三井住友トラスト・グループ健康保険組合　御中

〒○○○-○○○○

住所　□□□□□□□□□□□□

被保険者の　氏名　健保　太郎

電話　○○-○○○○-○○○○

〒○○○-○○○○

住所　□□□□□□□□□□□□

翻訳者の　氏名　□□　□□

電話　○○-○○○○-○○○○

(*2)資格喪失者のみ記入(なお、任意継続被保険者は、登録済みの給付金振込口座へ振り込まれます。)

振込希望口座(被保険者名義)	▽▽▽ 銀行 ▽▽▽ 支店	普通預金 No. ○○○○○○○	口座名義(フリガナ) ケンポ　タロウ 健保　太郎

同意書	療養を受けた海外の医療機関等に健康保険組合が文書等により当申請内容を照会することに同意します。 被保険者氏名　健保　太郎

診療内容について、審査機関へ保険点数換算等を依頼する場合があります。

(*1)給付金は事業主より給与支給日等に被保険者に支払われます。

(必要書類)

1.診療内容明細書:診療内容等がわかる医師の明細書
2.領収明細書(医科、調剤、歯科用):内訳がわかる領収書
3.診療内容明細書と領収明細書の日本語訳文
(翻訳者の住所、氏名が記載され、押印されているもの)
4.海外の医療機関に全額治療費を支払った領収書(原本)
5.海外に渡航した事実が確認できる書類(パスポート等)の写し

受付日	支払日