

本請求前にWeb登録をお願いします。支給決定額はWebサービスからご確認ください。  
<https://kosmoweb.jp> 仮ID・仮パスワードがご不明な方は東レ健康保険組合までお問合せください

東レ健康保険組合 御中

療 養 費  
第二家族療養費

## (海外分) 支給申請書

〇〇年〇〇月〇〇日

被保険者証の 記号・番号	記号	0	0	0	番号	1	2	3	4	5	6	7	生年月日	〇〇年 4月 1日
被保険者の住所	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-1												職場名	〇〇〇
被保険者の氏名	健保 太郎												Tel.	111-1111-1000
申請が被扶養者に関する時は、その者の	氏名					生年月日					年 月 日		続柄	
傷病名	風 邪													
発病または負傷の原因・症状	不 詳													
受けた治療内容	投 薬													
初診日	〇〇年 〇〇月 〇〇日 〇曜日					治療を受けた実日数 (含初診日)								
診療類別	医科・歯科					入院・外来					入院 日間・外来 〇日間			
診療を受けた病・医院の	名称 〇〇〇〇 hospital					所在地 100 North Michigan Avenue, Chicago, Illinois 60611, USA								
診療を受けた医師の	氏名 〇〇 〇〇					第三者の行為によって負傷したものであるか否か					・ある <input checked="" type="radio"/> ・ない <input type="radio"/>			
申請が被保険者に関する場合 海外へ行った目的	私用・公務					診療に要した費用					外貨単位 〇〇〇〇 (ドル)			
目的が私用の場合 渡航理由	海外旅行													
振込先	〇〇 銀行		口座番号 (普通) 当座		0000000									
	〇〇 支店		名義		健保 太郎									
個人情報保護関連 (必ずご記入ください)	本件について、事業所に申請内容について問い合わせる事に同意します。(はい・いいえ)													
<p>&lt;注意事項&gt; 海外療養費申請には次のものを添付して下さい。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 証拠書類 (診療内容明細書、領収書など) 注) 外国語で記載されている場合、邦訳を添付記入下さい。</li> <li>2. 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</li> <li>3. 調査に関わる同意書</li> </ol> <p>&lt;申請時の注意事項&gt;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 歯科治療を受けた場合には、上欄「治療内容」記入と併せて、次頁の「歯科治療部位説明図」に治療を受けた歯の部位を明示して下さい (部位によって保険適用範囲が異なります)。</li> <li>2. 定期検診、健康診断、予防注射等および療養 (治療) を目的として海外に出かけたような場合には支給対象となりません。</li> <li>3. 海外に長期滞在する等、日本に生活拠点のない被扶養者について支給申請があった場合、扶養事実の確認をさせていただきます。</li> </ol>												[受付日] <事業所>		
												<健保組合>		
事業所 (職場) 担当者	氏名												Tel.	

◆ 邦 訳 （受診された診療機関から入手した「診療内容明細書」等の内容を邦訳して記入して下さい。）

1. 傷病名
2. 症状の概要
3. 処方、手術その他の処置の概要
4. その他

訳 氏名  
者

住所

Tel.

◇ 委 任 状 （受領を委任する場合のみ記入して下さい）

本請求に基づく給付金の受領を  
事業所名称

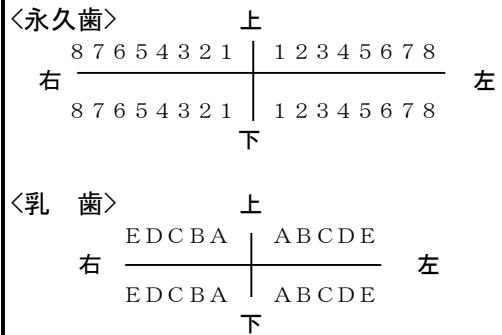
氏名

に委任します。

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

歯科治療部位説明図

治療を受けた歯の部分に○を付けて下さい



※この欄は健康保険組合で記入しますので、申請者は記入しないで下さい。

支給額決定算式			
標準点数	点	レート	円／ ( 年 月 日)
A (標準点数による基準額)	点 × 日 × 10 =	B (実治療費による基準額)	(外貨) × (レート) =
採用基準額	A・B ( 円)	法定	円 × = 円
高額	円 × - = 円	付加	円 × - = 円

調査に関わる同意書  
Agreement of Authorization

・ 治療開始日    \_\_\_〇〇年〇〇月〇〇日  
・ Starting date of medication    Year\_\_\_\_\_ Month\_\_\_ Day\_\_\_

・ 患者  
  (患者名)   健保 太郎    
  (住所)   〇〇県〇〇市〇〇町 1-1    
  (生年月日)   〇〇年 4月 1日  

・ Patient  
  (Name of patient) \_\_\_\_\_  
  (Address) \_\_\_\_\_  
  (Date of birth)    Year\_\_\_\_\_ Month\_\_\_ Day\_\_\_

東レ健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、  健保 太郎  は、東レ健康保険組合の職員又は東レ健康保険組合が委託した事業者が、海外療養費申請書類にある事実（療養行為を行った日時、場所、療養内容）を確認するため、申請書類の提供等によって、療養行為を行った者に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

また、上記確認にあたり、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートを<保険者名>に提示することも併せて同意します。

To: toray health insurance society

I (patient who has received treatment) authorize toray health insurance society or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment, place, and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms.

Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

署名・押印欄

Signature

署名・押印は、治療を受けた本人が行って下さい。なお、次の場合は、親権者（本人が未成年の場合）、成年後見人（本人が成年被後見人の場合）、法定相続人（本人が死亡している場合）が署名して下さい。

Insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

(氏名) 健保 太郎

(住所) 〇〇県〇〇市〇〇町 1 - 1

(日付) 〇〇年〇〇月〇〇日

(患者との関係) 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 [                      ]

※本同意書の有効期限は署名日から3ヵ月間です。

(Signature) \_\_\_\_\_

(Address) \_\_\_\_\_

(Date) Year \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_ Day \_\_\_\_\_

(Relation to the insured) : Self    ・ Guardian    ・ Heir            ・ Other

※This agreement of authorization expires 3 month after the signed date.

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項を記載頂くことがあります。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.