

同年月日 令和 年 月 日

支給 決議 書	常務理事	事務局	備考(病名コード)		
	支給 期間	自 令和 年 月 日			
		至 令和 年 月 日			

海外赴任者用と海外赴任者以外
とで申請書が異なります

被保険者(本人):療養費
被扶養者(家族):第二家族療養費
のどちらかを選択

上は請求者において記

<海外赴任・出張者用> 海外療養費・第二家族療養費 支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の記号番号	123 - 5678910	事業所の名称	帝人(株)	国名	タイ	
	傷病名	高血圧症		手当に要した 費用の額	1,800 通貨単位(パーツ)		
	手当を受けた期間	自 令和 〇年 〇〇月 〇〇日	至 令和 〇年 〇〇月 〇〇日	診療 区分	入院・ 外来		
	診療または手当を受 けた医療機関名称等	名称	現地の医療機関名		担当医師名	現地の担当医名	
		所在地	現地の医療機関の住所				
	発病又は負傷の原因 (詳細に記入すること)	(いつ)	(どこで)	(何をして)			
	診療の内容	診察・検査・処方箋 など					
	受診者が家族 (被扶養者)の場合	氏名	生 年 月 日	昭和・平成・令和	年	月	日
	日本国内で受診できな かった理由	<input checked="" type="checkbox"/> 海外赴任 (家族帯同含む)			<input type="checkbox"/> 海外出張		

上記のとおり、申請します。私は、この申請に基づく給付金の受領を事業主に委託します。
帝人グループ健康保険組合又は貴組合が委託した事業者が、海外療養費支給申請書類にある事実情報を
確認する為、治療行為を行った者から治療行為の事実の有無や治療内容照会の提供を受けることに同意します。

令和 〇年 〇〇月 〇〇日

〒 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇
請求者の住所
現地での住まいの住所

氏名 帝人 太郎 (TEL 090-1234-5678)

海 外 事 業 者 記 入	この申請内容が、相違ないことを認めます。
	海外事業所名 TLT
	代表者名 帝人 次郎 (TEL +66-00-123-4569)

帝人グループ健康保険組合理事長殿

必要となる書類を確認し添付する

- 添付書類
- 受診者氏名が記載された証拠書類は必ず添付すること。
 <医科の場合> 様式Aと邦訳、様式Bと邦訳、領収書 ※原本
 <歯科の場合> 様式Cと邦訳、領収書 ※原本
 - 各月毎、入院・入院外・被保・被扶別につき、この様式1枚が必要