伺年月日　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		
	記号・番号	支給金額	

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

□の箇所は、該当部分に☑を付けてください

＜旅行など業務外の方＞　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					
記号・番号	1234 ー 1234567	事業所の名称	帝人（株）	国　名	タイ
傷病名	頭部裂傷　など	手当に要した費用の額	1,800 通貨単位　バーツ		
手当を受けた期間	自　令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 至　令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	診療区分	□ 入院　☑ 外来		
診療又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） ○○月○○日に宿泊しているホテルの浴槽で転倒した				
診療の内容	診察　・　CTやレントゲン検査　・　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　　日	続柄
日本国内で受診できなかった理由	□ 現地在住者		☑ 旅行・留学・ボランティア活動など		

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　○ 年　○ 月　○ 日

〒　　ー

請求者の住所　現地で住まいの住所

氏名　帝人　太郎　（TEL　090-1234-5678　）

添付書類	
必要となる添付書類　□にチェックをつける	必要となる書類を確認し、添付する
＜医科の場合＞	
☑ 様式Aと邦訳、様式Bと邦訳、領収書　※原本	
☑ 渡航した事実が確認できる書類の写し（パスポート、旅券、航空券など）	
＜歯科の場合＞	
□ 様式Cと邦訳、領収書　※原本	
□ 渡航した事実が確認できる書類の写し（パスポート、旅券、航空券など）	

1. 受診者氏名が記載された証拠書類は必ず添付すること。
2. 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