

被保険者療養費支給申請書(海外)

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号	○	○	○	番号	△	△	△	△	添付書類はクリップで留めてください	
	被保険者氏名	健保太郎							事業所名	〇〇〇〇株式会社		
	住所	〇〇〇〇〇〇1-1										
	申請対象者氏名	健保花子					申請対象者生年月日	昭和・平成〇〇年〇〇月〇〇日				
	傷病名	虫歯、歯周病					発病・負傷の年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日				
	発病・負傷の状態、原因	歯痛					第三者行為(交通事故など)によるものですか ※ はい・いいえ					
	治療の内容	初回検査、レントゲン検査、虫歯治療、歯石除去										
	治療を受けた医療機関	名称	NIHON DENTAL HOSPITAL									
		所在地	999 PLAZA DRIVE SUITE 350									
	治療を受けた期間	令和〇〇年〇〇月〇〇日から令和〇〇年〇〇月〇〇日				〇日間	治療に要した費用	現地通貨〇〇〇ドル				
日本国内で療養を受けることができなかった理由	① 海外勤務者(家族帯同) ※2 必要な書類(①~④)					② 旅行・出張・海外勤務者の家族(国内在住) ※2 必要な書類(①~⑤)						
	③ その他()											

委 任 状	この申請書の「申請及び給付金の受領」を事業所代理人に委任します。	
	被保険者氏名	健保太郎
	印	
	事業所代理人氏名	

受付日付印

※傷病原因が第三者の行為による場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。

※2 必要な書類
① 診療内容の明細(診療内容のわかる医師の証明書)
② 翻訳文(診療内容の明細が外国語の場合)
③ 領収書(明細がわかるもの)
④ 同意書
⑤ 渡航していたことを確認できる書類(航空券やパスポートの写しなど)

添付書類はクリップで留めてください

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に被保険者のマイナンバーを記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

支 給 支 払 決 議	支給額	円	伺年月日		常務理事	事務長		係
			支給年月日					
	支給期間	年 月 日から 年 月 日 日間						
	区分	海外 (医科 歯科 調剤)						

調査に関する同意書

Agreement of Authorization□

被保険者証の記号・番号	記号	○	○	○	番号	○	○	○	○	○	
療養を受けた人	氏名 (Name of Patient)	健保 太郎									
	生年月日 (Date of Birth)	平成○○年 ○○月 ○○日									
	住所 (Address)	○○○市○○町1-1									

トピー健康保険組合 御中

私(療養を受けた者)は、トピー健康保険組合の職員又はトピー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、パスポートをトピー健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To: TOPY Health Insurance Society

I (patient who has received treatment) authorize TOPY 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、押印して下さい。

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.

(Signature)

治療を受けた人の氏名
(Name of Patient)

健保 太郎



患者との関係

(Relation to the insured)

本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人
(Self) ・ (Guardian) ・ (Heir)

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.