

事業所担当者()<経由>→健保組合 (退職された方は直接健保へ送付)
※担当者を記入してください

医科
齒科

被保険者
家族

療養費請求書 (海外)

海外赴任者の場合

対応する項目に☑、○をつけてください。

◎請求書は医療機関ごと・歴月ごと・受診者ごとにつき1枚記入して下さい。

①被保険者の記号・番号	記号 1 番号 12345	②被保険者の氏名	健保 太郎		
③事業所の名称	ヤンマーホールディングス株式会社		(赴任国: スペイン)		
④被扶養者に する申請の場合	③籍を置いている会社名を記入してください。		年 月 日	才	続柄 (長男・長女等)
⑤発病または 負傷年月日	2024年 2月 24日		⑥傷病名	う蝕(虫歯)	
⑦発病または 負傷の原因	歯が痛みだした。		⑧海外渡航前から治療し ている傷病ですか?	はい <input checked="" type="checkbox"/>	
⑨海外保険が適 用とならない理由	日本出国前からの持病・初診より180日以降の診療・ <input checked="" type="checkbox"/> 歯科・海外出生児 その他()		⑨当てはまる理由に○をつけてください。		
⑩第三者行為に よるものですか	はい <input checked="" type="checkbox"/>		⑪業務上または通勤途 上での傷病ですか	はい <input checked="" type="checkbox"/>	
⑫傷病の経過	虫歯を削り、被せものをして完治した。		⑩⑪が「はい」の場合は、請求不可です。		
⑬診療を受けた 医療機関	名称	〇〇 Dental clinic	所在地,Spain	
⑭診療期間	2024年 3月 1日から 2024年 3月 30日まで 3日間	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来	⑮診療 費用	通貨 €(ユ ーロ)	小数点 以下 255. 2 0
⑯振込先 (被保険者名義)	金融機関名	支店名	種別	口座番号	名義(カタカナで記入)
			普通		

上記のとおり請求します。

2024年 4月 30日

被保険者の住所 〒

.....,Spain

氏名 健保 太郎

電話番号 ()

ヤンマー健康保険組合理事長 殿

委任状	私は上記療養費の受領に関することを代理人と定め、次の権限を委任する。				
	2024年 4月 30日 被保険者の住所Spain 氏名 健保 太郎 代理人の住所 代表者氏名 事業所に記入してもらってください。				
振込先	金融機関名	支店名	種別	口座番号	名義(カタカナで記入)
			普通 当座		

<添付書類> ※すべて原本

- ・診療内容明細書(様式A)
 - ・領収明細書(様式B)
 - ・領収証
- } 医師が記入

※上記が外国語で記載されている場合は日本語訳を添付してください。

※別途確認が必要だと判断した場合、海外渡航書類や同意書等の提出を求める場合があります。

健保記入欄	換算額:	領収証額	健康保険組合が記入します。給付額は、「現地で支払った総額を日本円 に換算した額」と「日本での同一疾病の治療平均額」を比較し低い方の額 (自己負担相当額は除く)です。
	給付算出額:	1日あたりの点数 ×	
		分類	

事業所担当者()<経由>→健保組合 (退職された方は直接健保へ送付)
※担当者を記入してください

医科
歯科

旅行中に傷病が発生した場合

被保険者
家族

療養費請求書 (海外)

対応する項目に☑、○をつけてください。

◎請求書は医療機関ごと・歴月ごと・受診者ごとに1枚記入して下さい。

①被保険者の記号・番号	記号 1 番号 12345	②被保険者の氏名	健保 太郎		
③事業所の名称	ヤンマーホールディングス株式会社		③籍を置いている会社名を記入してください。		
④被扶養者に関する申請の場合	氏名 健保 元気	生年月日	H31年1月1日	4才	続柄 (長男・長女等) 長男
⑤発病または負傷年月日	2024年1月24日		⑥傷病名	急性鼻咽頭炎	
⑦発病または負傷の原因	海外旅行中に寒さで体調を崩した。		⑧海外渡航前から治療している傷病ですか?	はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
⑨海外保険が適用とならない理由	日本出国前からの持病・初診より180日以降の診療・歯科・海外出生児 その他(海外旅行中)		⑨当てはまる理由に○をつけてください。		
⑩第三者行為によるものですか	はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		⑪業務上または通勤途上の傷病ですか	はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
⑫傷病の経過	点滴治療、経口薬投与により完治した。		⑩⑪が「はい」の場合は、請求不可です。		
⑬診療を受けた医療機関	名称 ○○総合病院	所在地	ソウル特別市.....		
⑭診療期間	2024年1月24日から 2024年1月25日まで 2日間	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	⑮診療費用	通貨 ウォン	391,396.48 小数点以下
⑯振込先 (被保険者名義)	金融機関名 ○○銀行	支店名 △△支店	種別 普通当座	口座番号 0123456	名義(カタカナで記入) ケンポ タロウ

上記のとおり請求します。

2024年 3月 30日

被保険者の住所 〒 123-4567

××市○○区△△1-2-3

氏名 健保 太郎

電話番号 06 (6123)4567

ヤンマー健康保険組合理事長 殿

委任状	私は上記療養費の受領に関することを代理人と定め、次の権限を委任する。				
	年 月 日	被保険者の住所	氏名	代理人の住所	代表者氏名
振込先	金融機関名	支店名	種別	口座番号	名義(カタカナで記入)

<添付書類>※すべて原本
・診療内容明細書(様式A)
・領収明細書(様式B)
・領収証

医師が記入

左記書類を添付し、提出してください。

※上記が外国語で記載されている場合は日本語訳を添付してください。

※別途確認が必要だと判断した場合、海外渡航書類や同意書等の提出を求める場合があります。

健康記入欄	領収証額	健康保険組合が記入します。給付額は、「現地で支払った総額を日本円に換算した額」と「日本での同一疾病の治療平均額」を比較し低い方の額(自己負担相当額は除く)です。
換算額:	1日あたりの点数	
給付算出額:	×	
	分類:	