被保険者・被扶養者 療養費支給申請書（海外）

1 海外在住中にケガや病気にかかり治療したときは日本国内における保険診療の範囲内で給付します
※ 業務上災害・通勤災害・健診・保険適用外の治療等は支給対象外です
※ 治療を目的として海外に出かけた場合は支給対象外です
2 受診者ごとに診療月別、通院・入院別、医療機関・薬局別に分けて請求してください
3 申請に必要な書類は、本申請書と「診療報酬明細書」と「領収明細書（医科用または歯科用）」と領収書原本です
※ 「診療内容明細書」は担当医師に「領収明細書」は担当医師または病院の事務担当者に証明してもらってください
※ 外国語で記載されている場合は、翻訳を付し翻訳者の住所と氏名を書いてください
4 初めて海外療養費を申請する場合は、別紙「調査に関わる同意書」を作成してください
※ 同意書の有効期限は署名日から6ケ月です。期限を過ぎた場合は再び作成してください

提出先 各事業所の担当部署へ提出してください
任意継続の方は、直接、公文健康保険組合（大阪市北区梅田1－2－2）に請求してください

同じ印を押印

① 保険証の記号・番号	－	② 被保険者の氏名と生年月日	フリガナ 昭和・平成　年　月　日生	㊞
③ 被保険者の住所等	TEL　（　）			
④ 事業所名称	（株）	⑤ 部署名		
⑥ 被扶養者に関する申請の場合	氏名	生年月日	昭和・平成・令和 年　月　日生	続柄
⑦ 傷病名		⑧ 発病又は負傷年月日	平成 令和　年　月　日	
⑨ 発病又は負傷の原因		⑩ 傷病の経過		
⑪ 第三者行為による傷病ですか	はい　・　いいえ	「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」を提出		
⑫ 外傷性の傷病ですか	はい　・　いいえ	「はい」の場合は「傷病届」を提出		
⑬ 診療を受けた病院等	名称		医師の氏名	
	所在地			
⑭ 受診区分	新規・継続	⑮ 診療区分	通院・入院	⑯ 医療区分　医科・歯科・薬局
⑰ 診療等を受けた日	年　月分	※診療等を受けた日を○で囲んでください 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		左欄で○を付けた日数 日間
⑱ 診療内容		⑲ ⑰欄の診療を受けた日に要した費用の合計額		（現地支払額） 通貨単位：
⑳ 保険証を使うことが出来なかった理由	海外で受診したため（国名　） 該当する項目を○で囲ってください⇒海外勤務中・出張中・旅行中・その他（　）			
㉑ 払渡希望銀行（被保険者名義に限る）	銀行　支店	普通・当座 （　）		

捨印欄 ㊞

字挿入 字抹消

◀ 被保険者のマイナンバー記載欄
①欄の保険証の記号・番号を記入した場合は必要ありません

2017.04改訂

別紙

調査に関わる同意書

私（被保険者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 及び（療養を受けた者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、公文健康保険組合の職員または公文健康保険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（療養を行った日時、場所、診療内容）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、パスポートを公文健康保険組合に提示することも併せて同意します。

記

・署　名　日　：　　年　　月　　日

・治療開始日　：　　年　　月　　日

・署　名　欄

療養を受けた本人が署名してください。ただし、次の場合は親権者（本院が未成年の場合）、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）が署名してください。

氏　　名：　　印 （自署の場合は不要）

住　　所：

生年月日：　　年　　月　　日

療養を受けた者との関係　：　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6ヶ月間です。

【注意事項】

・業務以外で渡航した場合は、航空券、パスポート（氏名の頁、滞在国の入国あるいは出国の押印が確認できる頁）等海外に渡航した事実が確認できる書類の写しを添付してください。

・日本国外に居住する外国籍の被扶養者については、身分証明書（居住地が記載された頁）の写しを添付してください。