

記入例

K-011 | P (P)

日立健康保険組合 御用  
健康保険 ① 被保険者 被扶養者 ② 海外療養費請求書(令和〇〇年2月診療分)

※枠内をご記入ください。(記入要領等は、別紙「記入例」をご参照ください)

3	提出日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	備考	
被 保 険 者	被保険者等 記号・番号	記号 1 0 0 0	番号 1 0 0 0 0 0 0 0	被保険者氏名 (フリガナ) ケンボ マサミ 健保 正美
	事業所 (会社)名称	株式会社〇〇〇〇〇		従業員番号 〇〇課 所属・電話 (TEL: 000-000-0000)
保 険	渡航目的 (いずれかに✓)	<input checked="" type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> その他(旅行等)	渡航期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	渡航先 国名 アメリカ
	対象者氏名	健保 薫		生年月日 昭和 年 月 日 平成 令和 6 0 0 1 0 1 被保険者 との続柄 配偶者
記 録	傷病名	急性大腸炎		発病または 負傷した日 平成・令和 〇〇 年 2 月 1 日(頃)
	傷病または 負傷の原因 及びその経過	夕食に出た魚で食あたり		
5	受診した 医療機関	名称 〇〇〇〇病院	住所 〇〇〇〇〇〇〇〇	6 第三者行為 対象の有無 (いずれかに✓) <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
7	区分 (いずれかに✓)	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 入院外	診療開始日 平成 年 月 日	診療を受けた 期間・日数 令和 〇〇 年 2 月 2 日から 令和 〇〇 年 2 月 2 日まで 1 日間
9	診療に 要した費用	別紙証憑書類の通り (現地価 1,800ドル)	療養の給付を 受けることが できなかった理由	10 <input checked="" type="checkbox"/> 海外派遣先で診療を受けたため <input type="checkbox"/> 海外旅行中に診療を受けたため <input type="checkbox"/> その他
給付金の振込みについて 【従業員】 事業所経由で給付しますので委任状欄にご署名ください 【任意継続者・特例退職者】 健保組合に届出されている口座へ振込みます				
委任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を事業所に委任します 令和 〇〇 年 3 月 2 0 日			被保険者氏名: 健保 正美 11

留意事項

決定額通知について

支給金額は、「医療費通知書 兼 現金給付決定通知書」でご確認いただけます。  
「医療費通知書 兼 現金給付決定通知書」は、日立健保ホームページの「MY HEALTH WEB」に掲載しています。

次のような場合に、この請求書をご使用ください。

海外駐在等で海外の医療機関で受診され、現地の通貨で医療費を全額立て替え払いしたとき

《特に注意していただきたいこと》

健保組合から直接海外送金が行わず事業主を通して給付致しますので、海外療養費の申請書は必ず事業主(事業所)経由で提出してください。(任継・特退被保険者の方を除く)

◆ 記入要領 (記入例の番号と照合してください)

- ① 「被保険者」または「被扶養者」の該当する方にチェック(✓)をつけてください。
- ② 受診した月毎に「対象者」および「入院と入院外」を別にして作成してください。
- ③ 事業所に提出する日(任継・特退被保険者の方は健保組合へ提出する日)を記入してください。
- ④ 当申請を行う理由を具体的に記入してください。  
尚、申請理由によっては健康保険から給付されない場合もあります。
- ⑤ 受診した医療機関の名称・所在地を記入してください。(日本語でなくても結構です)
- ⑥ 交通事故等、第三者の行為により怪我をした場合には「有り」にチェック(✓)をつけてください。  
この場合は速やかに健保組合へその旨連絡してください。
- ⑦ 入院と入院外は別々の申請書で提出してください。
- ⑧ 実際に医療機関で受診した日数(期間ではなく、受診回数)を記入してください。
- ⑨ 受診した医療機関から受け取った領収書を見て記入してください。  
領収書は必ずこの申請書に添付して提出してください。
- ⑩ 該当する理由にチェック(✓)をつけてください。(その他の場合は具体的に記入)
- ⑪ 給付金を事業主経由で給付しますので、必ず記入してください。  
任継・特退被保険者の方は、健保組合に届出されている口座に振込みますので、記入不要です。  
\* 記入内容を訂正する場合には、訂正箇所にも二重線を引き、正しい内容と被保険者氏名をご記入ください。

◆ 添付書類

- ① 医療機関等で受け取った領収書
- ② 歯科診療内容明細書(健保指定帳票 K-012)、または診療内容明細書(健保指定帳票 K-013)
- ③ 海外療養費 日本語訳(健保指定帳票 K-014)
- ④ 渡航期間のわかるパスポートの写し(氏名のページ、滞在国の入国あるいは出国の押印が確認できるページ)または、航空券その他の海外に渡航した事実が確認できる書類の写し  
\* ただし業務上で渡航した場合(海外赴任者と同行の家族、海外出張者)は不要です。

◆ 送付先

- 紛失防止の観点から、簡易書留等で送付することをお勧めいたします。
- ① 一般被保険者(従業員)の方 ⇒ 事業所(会社)の健保担当者宛に送付してください。
  - ② 任継・特退被保険者の方 ⇒ 下記宛に送付してください。  
〒101-0063 東京都千代田区神田淡路町二丁目29番地  
東お茶の水ビル  
日立健康保険組合 業務(給付) 宛

◆ 提出期限

医療機関等へ費用を支払った日から2年以内に請求してください。(健保組合必着)