住友重機械健康保険組合 理事長 殿

被保険者 → 事業所健保担当者 → 健保

健康保険　被保険者 ・ 家族

海外療養費　支給申請書

健保使用欄	受付年月日
受付 令和　年　月分	
決裁年月日 令和　年　月　日	
支払年月日 令和　年　月　日	

この申請書に併せて、下記の書類も必要です。
①診療内容明細書（和訳もご記入ください）
②領収明細書（和訳もご記入ください）
③領収書・明細書原本
④同意書（初めて申請する方はご提出ください）
⑤渡航期間の確認ができるパスポート等の写し（海外駐在員の方は不要です）
※診療内容を確認できるものがあれば写しをご提出ください。
※**診療月・病院・個人・入院・外来・医科・歯科ごと**に別々に申請書をご記入ください。

※訂正する場合は二重線で抹消し、訂正印を押してください。

被保険者記入欄

被保険者等記号・番号	記号 ××××　番号 ××××××			被保険者氏名	住重　健太
事業所名および所属	株式会社　○○○○　△△部				
被保険者住所	〒　141-××××	東京都品川区大崎×-×-×			
受診者氏名	受診者が家族(被扶養者)の場合は、続柄〔長男、二男等〕をご記入ください。 住重　康子　☐ 本人　☑ 家族〔妻〕 続柄をご記入ください。例：妻、長男、二男、父、養母等			生年月日	☑ 昭和　☐ 平成　☐ 令和　××年　××月　××日
					※健保使用欄
傷病名	インフルエンザB型				
発病または負傷年月日	令和　6　年　4　月　○○　日			診療区分	☐ 入院　☑ 外来　☐ 調剤
発病・負傷の原因	家族が罹患したため			診療を受けた期間	令和　6　年　4　月　○○　日から 令和　6　年　4　月　××　日まで　＃＃　日間
診療を受けた医療機関等	名称	○○○○病院		医師氏名	○○　○○
	所在地	××××××　××××××．SINGAPORE		国名	シンガポール
仕事中、通勤途中第三者行為によるものですか	☑ いいえ　☐ はい　→　「はい」の場合はご申請いただけません。				
診療の内容	迅速検査、薬剤処方				
海外で受診した理由	海外駐在中のため			診療に要した費用の額	100.00　通貨単位　シンガポールドル
健保使用欄					

委任状

私は下記の事業主を代理人と定め、当該給付金の受領方を委任します。
※事業所(会社)に在籍されている方のみご記入ください。事業所(会社)を退職されている方は記入不要。

被保険者(申請者)	氏　名(自署)	住重　健太　（住重）	令和　6　年　5　月　××　日 ※自署できない場合は捺印が必要です。
代理人(事業主)	所在地 名　称 氏　名	この欄は会社が押印します。	