

①の渡航理由については、該当するところに○印をつけてください。

※ 駐在・研修・訓練の方で、次のような場合は“5.私用”にも○印をつけてください。

- ・他国への旅行先で受診した場合
- ・単身赴任の方で、訪問してきた家族が受診した場合
- ・本人が帰国（国内に転勤）となり、家族だけが海外に残る場合

③の診療費の支払方法について、どちらかに○印をつけてください。

⑧TEL番号又はE-mail addressは、健保から問い合わせる際の連絡先となりますので記入して下さい。

⑨の受信者が本人である場合は、“生年月日”および“続柄：本人”と記入してください。

⑩の傷病名については、日本語で記入してください。

⑬の診察内容については、日本語でなるべく詳細に記入してください。

⑮の診療費については、支払った際の通貨（通貨単位まで明確に）で記入してください。

※他保険からの給付を受けていない場合は、“診療費総額＝自己負担額”となります。

— < 記入例 > —

被保険者 被扶養者		海外療養費・療養付加金支給申請書 (英語版)		記入日：1998年 4月30日	
① 渡航理由	① 駐在 (単身・ 寄向) ② 研修・訓練 (期間： ③ 乗務 ④ 出張 ⑤ 私用 ⑥ その他 ()		③ 支払い 1. 支店精算済 ② 全額自己負担 <small>※アメリカ・フランスの駐在者及び研修・訓練生で、保険会社、社会保険等からの給付を受けられなかったときは、その理由等を記入</small>		
	② 渡航先 USA ワシントンD.C.				
④ 被保険者の記号と番号	100-123456	⑤ 被保険者氏名	全日空 健太	印	
⑥ 被保険者の現住所	△△△△△ WASHINGTON D.C. 20023				
⑦ 事業所の名称	全日本空輸 (株)	⑧ 所属部課	ワシントン支店 E-mail address (zenniku@ana.co.jp)		
⑨ 受診者氏名	全日空 保子	生年月日	⑩・平 30年4月10日	続柄	妻
⑩ 傷病名	インフルエンザ	⑪ 発病または負傷の原因	不詳		
⑫ 症状の概要	高熱で頭痛がする	⑬ 発病または負傷の日	1998年4月20日		
⑭ 診療を受けた病院の名称	○○○ Hospital (国・地名：USA.ワシントンD.C.)	⑮ 診療に従事した医師の氏名	DR. Rick Jones		
⑯ 診療の内容 (詳細に)	診察、注射、投薬				
⑰ 診療の期間及び診療日数	外来	1998年 4月20日から 25日まで 2 日間			
	入院	年 月 日から 年 月 日まで 日間			
⑱ 診療に要した額	(A) 診療費総額	US \$ 150,00			
	(B) 補填額 (※1)	US \$ 100,00			
	(A)-(B) 自己負担額	US \$ 50,00			

本請求に基づく給付金に關する受領を代理人に委任します。

平成 15 年 1 月 28 日

被保険者 住所 △△△△△ Washington D.C. 20023

請求者 氏名 全日空 健太 (印)

代理人の氏名と印

全日本空輸 (株) 印

委任者と代理人との關係 事業主

代理人の住所

〒105-7133 東京都港区東新橋 1-5-2

※1…保険会社、社会保険等からの給付額

↑
事業所在籍者は必ず記入捺印

(備考)

【注意事項】

(1) 受診後、速やかに申請手続きを行ってください。

※健康保険法上の保険給付の受給権の消滅時効は2年間です。
従って支払日より2年を超えた場合には支給できません。

(2) 海外療養費の申請によって受けられる給付金は、日本国内における健康保険適用の範囲内となります。

以下については適用外ですので、支給できません。

- ①健康診断および予防注射等
- ②単なる疲労や倦怠感による栄養剤やビタミン剤等
- ③処方箋以外の薬代
- ④日本国内において保険診療が認められていない治療・薬剤
- ⑤個室に入院した場合の室料（日本の場合の室料に査定）
- ⑥業務上の原因で起きた病気やケガ
- ⑦泥酔・ケンカなど本人の著しい不行跡で生じた病気やケガ
- ⑧正常な妊娠および出産にかかる費用
※出産した場合は『出産育児一時金請求書』を提出してください。

(3) 申請書類に不備がありますと支給できません。

以下の事項を確認してから申請してください。

- ①申請書は2種類あります。
歯科については〈歯科用〉の用紙で申請してください。
- ②1名につき1病名ごとに申請書を記入してください。
- ③診療内容明細書を医師に記入してもらい、領収書、その他必要書類を添付してください。
※診療内容明細書を医師に記入してもらえない場合は、それにかわる診療内容明細のわかる書類を添付してください。
※診療内容明細書の翻訳は必須です。
翻訳者の氏名、住所、電話番号も記入して下さい。（被保険者による翻訳も可。）
※薬代については、医師の指事により購入したということが証明できるものを添付してください。
※アメリカの駐在所・研修生・訓練生の場合は、保険会社からの給付を受給後、保険会社発行の給付通知書（EXPLANATION OF BENEFIT）を添付してください。
※フランス（パリ）駐在者の場合は、社会保険からの給付通知書を添付してください。

●お問い合わせは
全日本空輸健康保険組合まで

TEL 03-6735-5820
FAX 03-6735-5835