

ルネサス健保使用欄

支給決定額	法定	円	決裁	常務理事	事務長	主任	担当			
	付加	円								
伺年月日	令和	年	月	日	資格取得日	平成	令和	年	月	日
決済年月日	令和	年	月	日	資格喪失日	令和	年	月	日	
支払年月日	令和	年	月	日	扶養認定日	平成	令和	年	月	日

ルネサス健康保険組合御中（送付先は、下記参照）

健康保険 被保険者 海外療養費申請書（ 年 月診療分）

提出日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

<b>基本情報</b>										※枝番(-00)記入は不要です。						
被保険者証の記号・番号(右詰め)										フリガナ				昭和 平成		
記号										被保険者氏名			生年月日	年	月	日
事業所										連絡先						
社名					従業員番号					内線TEL			日中の連絡先 電話番号			

<b>申請内容</b>																
対象者が被扶養者の場合はその氏名										フリガナ	続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
渡航先国名					渡航期間					渡航目的						
					令和 年 月 日～令和 年 月 日											
傷病名			発病又は負傷日			発病又は負傷の原因及びその経過					第三者行為の有無					
			令和 年 月 日								有 無					
治療を受けた医療機関		所在地														
		名称														
区分		診療開始日～終了日					診療実日数									
外来 入院		令和 年 月 日～令和 年 月 日					日									
診療に要した費用(別紙証拠書類添付)				現地価格:				通貨単位:								
療養の給付を受けることが出来なかった理由																
委任状【給付金は在籍事業所から給与支給となる為、下記へ記入してください。】																
本請求に基づく給付金に関する受領を										殿に委任します。						
令和 年 月 日										被保険者の氏名						
退職者(予定者含む)は下記へ記入願います。任意継続被保険者・特例退職被保険者は登録口座へ振込みますので記入不要です。																
退職日: 令和 年 月 日				銀行				支店 普通・当座 口座番号								
				被保険者口座名義(カナ)												

<注意事項>

- ・本請求書は、月ごと・受診者ごと・医療機関ごと(更に医科入院・医科外来・歯科・調剤ごと)に提出してください。  
例) 2ヶ月間、通院(医科外来と調剤)の場合 ⇒ 4枚提出。(1ヶ月目医科外来、1ヶ月目調剤、2ヶ月目医科外来、2ヶ月目調剤)
- ・医療機関発行の診療内容明細書原本、領収書原本、領収明細書原本とそれぞれの日本語訳を添付してください。(翻訳者は本人でも可)
- ・渡航の事実が確認できる書類(パスポートの旅券情報と入出国日付がわかるページの写し、または渡航証明書)を添付してください。
- ・海外療養費は、海外で突発的に発病した場合が対象です。日本で既に治療を受け海外へ治療の為に渡航した場合は対象外です。
- ・治療を担当した海外の医療機関等に海外療養の事実、内容について照会することに関する**治療を受けた方の同意書【別紙】**の提出が必要となります。

<申請書の送付先>

加入区分	送付先
一般被保険者	社会保険労務士法人なんの木事務所[〒101-0063東京都千代田区神田淡路町2-29] ※社内便の場合:本/日立MP(OC2)(人事)なんの木
任意継続、特例退職被保険者	ルネサス健康保険組合[〒187-8588 東京都小平市上水本町5-20-1]

ルネサス健保使用欄

算出根拠	
------	--

事業所担当者印

健保インプット

健保受付日付印

## 同意書

## Letter of Consent

ルネサス健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）は、ルネサス健康保険組合の職員又はルネサス健康保険組合が委託した事業者が、海外療養費申請書類にある事実（療養行為を行った日時、場所、療養内容）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。

なお、国や地域、医療機関から別途同意書や委任状等を求められた場合、当該書類に必要事項を記載することや、その他の書類が必要となる場合に当該必要書類の提示等に協力することも、併せて同意します。

To:Renesas Health Insurance Society

I (patient who has received treatment) authorize health insurance society or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment, place, and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms. Further, I agree to fill out other documents if countries, regions or medical organizations require to submit consent letter or authorization letter in their format, and agree to provide help to submit other document(s) if it is necessary along verification process written above.

治療開始年月日（Starting date of medication）年 Year 月 Month 日 Day \_\_\_\_\_

治療を受けた者(Name of Patient) \_\_\_\_\_

住所（Address）\_\_\_\_\_

生年月日（Date of birth）年 Year 月 Month 日 Day \_\_\_\_\_

## 署名（Signature）

・氏名（Name）\_\_\_\_\_

・住所（Address）\_\_\_\_\_

・治療を受けた者との関係（Relationship with deliverer）

本人（self）・親権者（Guardian）・法定相続人（Heir）・その他（Other）〔 \_\_\_\_\_ 〕

・署名日付（Date）年 Year 月 Month 日 Day \_\_\_\_\_

**署名は、治療を受けた方が行って下さい。**

なお、次の場合は、親権者（本人が未成年の場合）、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）が署名して下さい。

Insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。

This agreement of authorization expires 6 month after the signed date.