

常務理事	事務長	担当者

花王健康保険組合(本人・家族)海外療養費 支給申請書

被保険者	①氏名		②氏名コード		③被保険者証の記号-番号		
	シャチハタ可 ④						
	④事業場・支社支店			⑤所属		⑥勤務地	
	⑦電話番号	会社	- -		自宅		
	⑧氏名			⑨続柄			昭・平 年 月 日
	⑩生年月日		⑪傷病名		⑫発病または負傷年月日		平成 年 月 日
	⑬発病時の状態または傷病の原因						
	⑭診療を受けた病院等		所在地			医師名	
	名称						
	⑮診療期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 日間						
療養を受けた者	⑯療養の給付が受けられなかった理由(今回の申請理由)						
	⑰費用の額		通貨単位()		⑱傷病は第三者行為(交通事故もしくは暴行など加害者がいる場合)によるものですか?		
					はい・いいえ ⇒「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」の提出が必要になります。健保にご連絡ください。健保よりお渡します。		
	↓在職者の場合に記入(会社経由で、給与口座に振り込みます。)						
	⑲委任状		事業主を代理人として、健康保険組合より支給される療養費の受領を委任します。 被保険者 氏名				
			シャチハタ可 ④				
	↓任意継続、資格喪失後の場合に記入						
	⑳振込希望銀行名		銀行	口座番号		1.普通	フリガナ
			支店	店番		2.当座	名義

該当する方に記入

【添付書類】

- * 医科の診療を受けた場合
⇒①「診療内容明細書」(原本)
②「領収明細書」(原本)
③「領収書」(原本)
 - * 歯科の医療を受けた場合
⇒①「歯科診療内容明細書」(原本)
②「歯科診療内容明細書」に領収の明細が記載されていない場合、「領収明細書」(原本)
③「領収書」(原本)
- ※医科、歯科いずれの場合も、医療費明細書、処方箋では対応不可になりますのでご注意ください。

**【お願い】ボールペンで記入してください。(鉛筆・消せるボールペンでの記入不可)
ご提出前に記入漏れ、捺印、添付書類の確認を再度お願いします。**

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、事業場・支社支店の人事へご相談ください。

【問合せ先】 花王健康保険組合 花王G :茅場町 ☎03-3660-7681 内線8-1-7681
花王G (KC社員) :大阪 ☎06-6533-7599 内線8-2-7599

健保記入欄	受付番号				支給日		年 月 日	
	支給額		円		内訳	法定	円	
						付加	円	
	被保険者	取得日	年 月 日		被扶養者	認定日	年 月 日	
		喪失日	年 月 日			削除日	年 月 日	
健保負担割合		7割		8割		9割		

健保受付印