

## ◆海外の医療機関を受診したとき

必要書類	備考
海外療養費支給申請書	月ごと、医療機関ごと、入院・外来ごとに作成してください。
診療内容明細書 ※原本	現地の医療機関で発行されたもの
領収書・明細書 ※原本	現地の医療機関で発行されたもの
渡航した事実が確認出来る書類 ※駐在員および帯同家族の方は、 提出の必要はありません。	以下のいずれか1つを添付してください。 ・パスポートのコピー（①②両方） ① 氏名・顔写真のページ ② 当該期間の出入国が分かるページ ・査証（ビザ）のコピー（氏名と有効期限が記載されたもの） ・航空チケットのコピー（eチケット控えを含む）

## 《提出先》

	健康保険の記号	提出先
KMI籍の方	133	東京サイト八王子 HCT 人事サービス部 社会保険担当宛
KMJ籍の方	912	東京サイト八王子 HCT 人事サービス部 KMJ社会保険担当宛
KMグループ会社の方	133・912以外	KMグループ各社（本社）人事・総務部門
退職者（任意継続）	990	コニカミノルタ健康保険組合

## 《支給日について》

健康保険組合が、申請書を受け付けた月の翌々月25日に支給されます。	
在職者	: 会社経由にて給与振込です。
退職者（任意継続）	: 健康保険組合からお振込みします。

## 《支給額等の連絡について》

KOSMO Webへ登録済の方には、メールが送信されます。（毎月15日）	
未登録の方には、特にご連絡はいきませんのでご注意ください。	
※在職者は、金額のみ給与明細で確認ができます。 項目名：健保付加金	

<p><b>KOSMO Web</b> <a href="https://kosmoweb.jp/">https://kosmoweb.jp/</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>過去にログインしたことがあり、ユーザIDまたはパスワードを忘れた方は、KOSMO Webのログイン画面左下にある「IDを忘れた方はこちら」「パスワードを忘れた方はこちら」より確認できます。</li> <li>※初回ログイン時に、ご自身が登録したメールアドレスを入力しないと、確認はできません。</li> <li>※「konicaminolta.jp」で登録されている場合もありますので、ご確認ください。</li> <li>過去にログインしたことがなく、ユーザID・パスワードが分からない方は、再発行申請をしてください。</li> </ul> <p><b>KOSMO Web ユーザID・パスワード再発行申請</b></p>
--

## 《支給決定通知書について》

KOSMO Webにてご確認ください。	
<b>KOSMO Web</b> <a href="https://kosmoweb.jp/">https://kosmoweb.jp/</a>	
※健康保険組合が、申請書を受け付けた月の翌々月15日以降、ご確認いただけます。	

記入例： 海外療養費 支給申請書

※申請書は、月ごと・医療機関ごと・種別ごとに作成してください。  
 ※ご提出前に、記入漏れ(空欄)・記入間違いがないか、ご確認ください。

1	<b>確認欄</b>	この届出については、1. または2. の要件を満たしたものである。 1. 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 2. 記載内容については申請者本人が誤りがないか確認をしている。
---	------------	--

1 【確認欄】  
 申請書は本人(被保険者)が作成してください。提出する際、✓を忘れずをお願いします。

健康保険 被保険者 家族 海外療養費 支給申請書

【注意事項】 ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。  
 二重線の近くに、被保険者によるフルネームのサインまたは押印が必要です。

2	被保険者情報	被保険者等の	記号	***	番号	****	
		被保険者	氏名	健保 太郎			
			生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	**	**	**
		住所 電話番号	〒	192	—	****	東京都八王子市〇〇町1-2
電話番号	***		—	****	—	****	※日中の連絡先

2 【被保険者情報】  
 家族(被扶養者)が受診した場合でも、被保険者の氏名などをご記入ください。

3 【記号・番号】  
 「資格情報のお知らせ」、「マイナポータル」、「資格確認書」に記載されています。枝番の記入は必要ありません。

申請内容	① 受診者	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	被保険者との続柄		
	家族の場合はその方の	氏名			
		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月
	② 傷病名	急性上気道炎	③ 発病または負傷年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	** 年 ** 月 ** 日
	④ 発病の原因および経過	4 旅行中、急な発熱により受診した。			
	⑤ 診療を受けた医療機関等の	名称	〇〇〇〇 Medical Clinic	医師等の氏名	〇〇 〇〇
		所在地	※住所は国名までご記入ください。		
	⑥ 種別	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来			
	⑦ 診療を受けた期間	令和 ** 年 6 月 12 日	～	令和 ** 年 6 月 15 日	2 日間
	⑧ 療養に要した費用の金額	***.**	( )	※通貨単位をご記入ください。	
	⑨ 診療の内容	診察、投薬			
⑩ 海外渡航期間	令和 ** 年 6 月 10 日	～	令和 ** 年 6 月 16 日	9 日間	
⑪ 診療を受けた期間における海外渡航(滞在)の理由	<input type="checkbox"/> 海外勤務(帯同家族を含む) <input checked="" type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> その他 ( )				

4 【原因および経過】  
 負傷(ケガ)の場合、「いつ」「どこで」「何をしている時に」など、できるだけ詳しくご記入ください。

5 【診療を受けた期間】  
 診療を受けた期間の始めと終わりの日をご記入ください。日数は診療を受けた日の数をご記入ください。月をまたいで診療を受けた場合は、月ごとに申請書を作成してください。