

◆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 | 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》

| | 保険証の記号 | 提出先 |
|------------|--------|------------------------------|
| KMI本籍の方 | 133 | 東京サイト八王子 HBA 人事サービス部 社会保険担当宛 |
| KMグループ会社の方 | 133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》

| | |
|--|--|
| 医療費通知Webシステム（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：健保給付金 | |

| | |
|--|---|
| KOSMO Web https://kosmoweb.jp/ | |
| →ログインID・パスワードが分からない場合は、健康保険組合へメールでご連絡ください。 | |
| 送付先： | kenpo-com@konicaminolta.com |
| 件名： | 「医療費通知Webシステム 仮ID・パスワード再発行依頼」 |
| 本文： | ①保険証の記号・番号 ②名前（フルネーム） ③生年月日 ※会社のメールアドレス以外から送信する場合のみ必要 |

《支給決定通知書について》

| | |
|--|--|
| 医療費通知Webシステム（KOSMO Web）より、各自で印刷をお願いします。 | |
| KOSMO Web https://kosmoweb.jp/ | |
| ※健康保険組合が、申請書を受け付けた月の翌々月15日から印刷できます。 | |

記入例： 海外療養費 支給申請書

- ※ 記入漏れ・記入間違いのないように、作成をお願いします。
- ※ 申請書は、月ごと・医療機関ごと・種別ごとに作成をお願いします。

① 確認欄

| | |
|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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。

【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

| | | | | |
|------------------------------|---------------|---|------|----------------|
| 被保険者証の 被保険者 住所 電話番号 | ③ 記号 | *** | 番号 | **** |
| | 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 ** 年 ** 月 ** 日 | | |
| 〒 | 192 | — | **** | |
| 電話番号 | 東京都八王子市〇〇町1-2 | | | |
| 電話番号 | 042 | — | *** | — **** ※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】
保険証に記載されている「記号」「番号」を正確にご記入ください。

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 日 |
| 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 | ⑤ 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（同行家族を含む） <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。