

# 海外 療養費 支給申請書

電話		電話	
事業主(所) 健保責任者	事業主(所) 健保担当者	所属上長	庶務係

常務理事	事務長	グループ長	主務者	担当者

事業主(所)記載欄 適用事業所記号	

(注意事項)

- 1 標題は申請が被保険者に関するときは「療養費」を、被扶養者に関するときは「家族療養費」をそれぞれでかこんでください。
- 2 添付する領収書は、内訳を詳細に記載したものが必要です。また、邦訳・証明等の省略は不可。
- 3 外傷性疾病で、その原因が相手のいない事故の場合は「傷害事故届」、相手がいる場合は「第三者行為による傷病届」を必ず提出してください。
- 4 任意継続および特別退職被保険者の該当者以外の方は、原則事業所一括払となります。委任状欄の受任者名を記入のうえ、委任状を記入してください。
- 5 事業所名欄には海外勤務先、それ以外の方は事業所名および所属を略号で記入してください。
- 6 被保険者(受給権者)が自ら署名する場合には、被保険者(受給権者)の押印は必要ありません。ただし、委任状を記入する場合は、委任状に必ず押印してください。

申請者記載欄	事業所名 (海外勤務先)	被保険者証		被保険者氏名		性別
	所属	記号	番号			男女
	傷病名	発病または負傷年月日		年 月 日		
	発病または負傷の原因	傷病の経過				
	診療を受けた病院または診療所	国名	診療内容			
		所在地				
		名称				
	診療期間	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日 日間		診療に要した金額 (領収書原本を添付)	現地通貨で記入 通貨単位{                      }	
	給付を受けることができなかった理由	出張中・現法駐在中・国企人・私費旅行中・その他(                      )				
	第三者行為に起因するときは、その事実および加害者の	住所				
	氏名					
申請が被扶養者に関するとき	氏名	被保険者との続柄 (詳細に)	入院期間	平成 年 月 日 平成 年 月 日 日間		
上記により申請いたします。				平成 年 月 日		
		被保険者				
		住所				
		氏名		印		
		TEL. (                      )				
振込先	銀行	支店	普通当座	口座番号	フリガナ	
					名義人	
委任状	給付金の受領を		に委任します。		平成 年 月 日	
					被保険者氏名                      印	

組合記載欄	支給決定額	支払先コード	支給年月日
	円		平成 年 月 日
	(備考欄)		
	売レート(H                      ) :	=	円
	× 0.7 =		円(1円未満切捨て)

. 本申請書に記載した個人情報並びに証明書類については、パンフレット等に掲載の利用目的以外には使用いたしません。

## Request to Attending Physician 担当医へのお願い

- 1 . Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.  
この様式は社会保険の給付申請に必要ですので、証明をお願いします。
- 2 . This form should be completed and signed by the attending physician.  
この様式は担当医が書き、かつ署名してください。
- 3 . One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out.  
各月毎、入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

## Attending Physician's Statement 診療内容明細書

### Form A (様式A)

- 1 . Name of Patient (Last, First) \_\_\_\_\_ Age (Date of Birth) \_\_\_\_\_ Sex (Male・Female)  
患者名 年齢(生年月日) 性別(男・女)
- 2 . Name of Illness  
傷病名

---

- 3 . Date of First Diagnosis : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_  
初診日 日 月 年
- 4 . Days of Diagnosis and Treatment : \_\_\_\_\_ days  
診療日数 日間
- 5 . Type of Treatment  
治療の分類  
Hospitalization : From \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ days)  
入院 自 至 ( 日間)  
Outpatient or Home Visit : From \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ days)  
入院外 From \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ days)
- 6 . Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)  
症状の概要

---

- 7 . Prescription , operation and any other treatments (in brief)  
処方、手術その他の処置の概要

---

- 8 . Was the treatment required as a result of an accidental injury? Yes No  
治癒は事故の傷害によるものですか。 はい いいえ
- 9 . Itemized Amounts paid to Hospital and / or Attending Physician. : Fill in Form C  
項目別治療実費 様式Cによる
- 10 . Name and Address of Attending Physician  
担当医の名前および住所  
Name 名前 : Last姓 \_\_\_\_\_ First名 \_\_\_\_\_ Title称号 \_\_\_\_\_  
Address 住所 : Home自宅 \_\_\_\_\_ Phone電話 \_\_\_\_\_  
: Office病院または診療所 \_\_\_\_\_ Phone電話 \_\_\_\_\_  
Date日付 \_\_\_\_\_ Signature署名 \_\_\_\_\_  
Attending Physician担当医  
Reference Number of your Medical Report (if applicable)  
診療録の番号 \_\_\_\_\_

# Request to the Dental Surgeon

## 歯科医師へのお願い

- Please fill in from so that the patient may claim the social insurance benefit.  
この様式は社会保険の給付申請に必要ですので、証明をお願いします。
- This form should be completed and signed by the Dental Surgeon.  
この様式は、歯科医師が記入し署名してください。
- One form for each month should be filled out.  
毎月ごとにこの様式一枚が必要です。
- If not in dollars, please specify the unit used.  
ドル以外の貨幣の場合は、その旨を明記ください。

## Itemized receipt (Dental)

### 領収明細書 (歯科)

#### Form B (様式B)

Name of Patient (last, first) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Age (Date of Birth) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) Sex (Male, Female)  
患者名 年齢 (生年月日) 性別 (男, 女)  
Date of First Diagnosis \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Day of Diagnosis and Treatment \_\_\_\_\_ days  
初診日 診療日数 日間

#### Localization of Teeth 部位

Permanent Teeth (永久歯)

Deciduous Teeth (乳歯)

R . 

8	7	6	5	4	3	2	1
1	2	3	4	5	6	7	8

 L .

R . 

e	d	c	b	a
a	b	c	d	e

 L .

#### . Name of Illness 症病名

1. Dental Caries う蝕症    2. Missing Teeth 欠損    3. Pyorrhea Alveolar 歯槽膿漏    4. The Others その他

--	--	--	--

. Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Material 材料	Fee 治療費
1. initial Office Visit 初診料			\$
2. X-Ray Examination X線検査			\$
3. Dental Pulp Extirpation 抜髄			\$
4. Extraction 抜歯			\$
5. Filling 充填			\$
6. Inlay イレ-			\$
7. Metal Crown / resin 金属冠			\$
8. Post Crown 継続歯			\$
9. Jacket Crown ジャケット冠			\$
10. Bridge Work ブリッジ			\$
11. Plate Denture 有床義歯 Partial Denture 局部義歯 Complete Denture 総義歯			\$
12. Treatment of Pyorrhea Alveolar 歯槽膿漏治療			\$
13. Medicine 投薬			\$
14. The Others (その他)			\$
15. Total 合計	(Unit is _____) 貨幣単位		\$

Name and address of the Dental Surgeon 歯科医師の名前・住所

Name 名前 Last \_\_\_\_\_ First \_\_\_\_\_ Title 称号 \_\_\_\_\_  
Address 住所 Home 自宅 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_  
Office 歯科医院 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_

Date 日付 \_\_\_\_\_ Signature 署名 \_\_\_\_\_  
申請者は、上記の内訳の詳細を邦訳してください。

## Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic 担当医または病院事務長へのお願い

- 1 . Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.  
この様式は社会保険の給付申請に必要ですので、証明をお願いします。
- 2 . This form should be completed and signed by either the attending physician or the superintendent of a hospital / clinic.  
この様式は担当医または病院の事務長が書き、かつ署名してください。
- 3 . One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、入院・入院外毎につき、この様式 1 枚が必要です。
- 4 . If not in dollars, please specify the unit used.  
ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いてください。

### Itemized Receipt 領 収 明 細 書

#### Form C (様式C)

(1) Fee for Initial Office Visit	初診料	\$ _____	
(2) Fee for Follow - up Office Visit	再診料	\$ _____	
(3) Fee for Home Visit	往診料	\$ _____	
(4) Fee for Hospital Visit	入院管理料	\$ _____	
(5) Hospitalization	入院費	\$ _____	
(6) Consultation	診察費	\$ _____	
(7) Operation	手術費	\$ _____	
(8) Professional Nursing	職業看護婦費	\$ _____	
(9) X-Ray Examinations	X線検査費	\$ _____	
(10) Laboratory Tests	諸検査費	\$ _____	
(11) Medicines	医薬費	\$ _____	
(12) Surgical Dressing	包帯費	\$ _____	
(13) Anaesthetics	麻酔費	\$ _____	
(14) Operating Room Charge	手術室費用	\$ _____	\$ _____
(15) Others (Specify)	その他(項目明記)	\$ _____	\$ _____
(16) Total	合 計	\$ _____	Unit is _____ 貨幣単位

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e., payment for a luxurious room charge.

注 意 : 高級室料等治療に直接関係ないものは除いてください。

Name and Address of Attending Physician / Superintendent of Hospital or Clinic

担当医または病院事務長の名前および住所

Name 名 前 : Last姓	First名	Title称号
Address 住 所 : Home自宅		Phone電話
Office 病院または診療所		Phone電話

Date : 日 付 \_\_\_\_\_ Signature署名 \_\_\_\_\_

1. 海外での在住中・旅行中の負傷や疾病にかかった医療費は、申請により健康保険組合から償還されます。業務上災害・通勤災害・検診・保険適用外の治療等の場合は、海外療養費の支給対象外です。海外の医療機関での治療を目的として海外に出かけた場合は、海外療養費の支給対象外です。請求期限は、治療費を支払った日の翌日から2年ですので、すみやかに手続きしてください。
2. 申請に必要な書類は、海外（家族）療養費支給申請書、様式A・B・C、領収書の原本です。（省略不可）
  - ・歯科以外を受診した場合：様式Aを医師に、様式Cを担当医師または病院等の事務長に証明を依頼してください。
  - ・歯科を受診した場合：様式Bを歯科医に、様式Cを歯科医師または病院等の事務長に証明を依頼してください。
3. 受診者別、入院・外来別、各月毎に申請書を作成し、各証明（様式A・B・C）を医師に依頼してください。
4. 各証明（様式A・B・C）の次の項目について『各証明の項目内容（邦訳）』に邦訳を記入し、翻訳者が署名捺印してください。（本人が翻訳した場合も同様）
  - ・様式A：『2.傷病名・6.症状の概要・7.処方、手術その他の処置の概要』
  - ・様式B：『歯科治療の5～11の各材料、14その他』
  - ・様式C：『（15）その他（項目明記）』
5. 海外勤務者は海外事務所または海外現地法人経由で所管事業主（所）総務部門へ、また出張者は直接、所管総務部門へ提出してください。

**各証明の項目内容（邦訳）**

様式	項目	邦 訳	
A	2. 傷病名		
	6. 症状の概要		
	7. 処方・手術その他の処置の概要		
B	治療内容	材 料 の 邦 訳	
	3. 抜髄		
	4. 抜歯		
	5. 充填		
	6. イルー		
	7. 金属冠		
	8. 継続歯		
	9. ジャケット冠		
	10. プリッジ		
	11. 有床義歯 局部義歯 総義歯		
14. その他	内容の邦訳	部 位 ・ 材 料 の 邦 訳	
C	項目	具 体 的 な 内 容 ・ 部 位 ・ 材 料 等 の 邦 訳	
	(15) その他(項目明記)		
翻訳者署名欄	上記のとおり、翻訳いたしました。		平成 年 月 日
	住所		
	名前	印	
	TEL		