


健保 受付日付印

事業所 受付印

被保険者 家族 **海外療養費** 支給申請書 (歯科を除く) 1/2

被保険者 (申請者) 情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和		
	氏名 (自署)	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 平成	年	月
	住所	(〒 - )		<input type="checkbox"/> 令和		日
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )					

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	<input type="checkbox"/> 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します (委任する場合は☑)	令和	年	月	日
	代理人 (口座名義人)	(〒 - ) TEL ( )				
	住所					委任者と代理人との関係
	(フリガナ)	(個人代理人の印)				事業主
	氏名・印					

注) アルバイト、任意継続者、資格喪失者の方のみ、下記振込先指定口座欄に記入

振込先指定口座	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 4. 通知	口座番号 <input type="text"/> 左づめで記入 (7桁)
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けて記入、濁点(・)、半濁点(゜)は1字として記入ください)	口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

「記入用紙」は2ページに続きます。>>>

以下の書類を添付してください(必須書類)

- 診療内容明細書(様式A・様式Aの邦訳)※邦訳は申請者記入可
- 領収明細書(様式B)
- 同意書 ※具体的な診療内容について診療等を受けた医療機関に照会する必要があるため同意書を添付ください
- 領収書(原本)
- 私的な渡航中の療養費を申請する場合、パスポートの顔写真ページおよび入出国日が分かるページの写しを添付する(海外赴任者は不要)

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です  
 ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

被保険者 家族 **海外療養費** 支給申請書（歯科を除く） 2/2

被保険者氏名

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）		
	1 - ①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		3 発病または負傷年月日	令和 年 月 日
	4 発病の原因および経過（詳しく）	<input type="checkbox"/> 1. 病気 <input type="checkbox"/> 2. ケガ （原因および経過）		
	5 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	診療した医師等の氏名
	国名			
		名称	所在地	診療した医師等の氏名
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日	から	年 月 日 まで 日数 日
	6 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間	(令和) 年 月 日	から	年 月 日 まで 日数 日
7 療養に要した費用の額	_____ ( )通貨単位を記入してください。(例：アメリカドル)			
8 診療の内容				
9 受診者の情報	受診者は、現在、日本に帰国予定はありますか。または帰国されましたか。 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ ↓ 海外在住の理由 <input type="checkbox"/> 海外赴任(家族帯同含む)のため [その他の理由] ・渡航期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) ・渡航目的 海外滞在の理由 ※治療目的での渡航の場合は海外療養費の申請はできません [ <input type="checkbox"/> 出張中のため <input type="checkbox"/> その他 : ]			

以上のとおり申請します。 令和 年 月 日提出

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 health insurance benefit.  
この様式は患者の健康保険の給付の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記入し、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、また入院・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
2. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Health Insurance. (Please refer to the table attached to this form.)  
傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号  
(No.      )
3. Date of first Diagnosis  
初診日
4. Days of Diagnosis and Treatment  
診療日数      days
5. Type of Treatment  
治療の分類  
 Hospitalization      From      /      /      to      /      /      (      days)  
入院      自      /      /      至      /      /      (      日間)  
 Outpatient or Home Visit      /      /      /      /      (      days)  
入院外      /      /      /      /      (計      日)
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  
治療は事故の傷害によるものですか。
9. Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending Physician : Fill in Form B  
医療機関、または担当医に支払った医療費の内訳：様式Bによる
10. Name and Address of Attending Physician  
担当医の名前及び住所  
Name      Last(姓)      First(名)      Title(称号)  
Address      Home(自宅)      Phone(電話)  
Office(病院または診療所)      Phone  
Date(日付)      Signature(署名)  
Attending Physician(担当医)  
Reference Number of your Medical Record(if applicable)  
診療録の番号

2. 傷病名

---

6. 病状の概要

---

---

---

---

---

7. 処方、手術その他の処置の概要

---

---

---

---

---

翻訳者

住所(国名)

---

---

氏名(自署)

---

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 health insurance benefit.  
この様式は患者の健康保険の給付の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記入し、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、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Itemized Receipt  
領収明細書

**Form B**  
様式B

(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	師	費	_____
(9) X-Ray Examinations	X	線	検	査	費	_____	
(10) Laboratory Tests*	諸	検	査	費	_____		

\* Please fill in the content of the Laboratory Tests.  
\*諸検査の内容を記入してください。

(11) Medicines**	医	薬	費	_____
------------------	---	---	---	-------

\*\* Please fill in the name and the amount of the prescription of an individual medicine.  
\*\*処方した個々の薬の名称と量を記入してください。

(12) Surgical Dressing	包	帯	費	_____		
(13) Anesthetics	麻	酔	費	_____		
(14) Operating room Charge	手	術	室	費	用	_____
(15) The Others(Specify)	その他(特記せよ)					

(16) Total	合	計	_____
------------	---	---	-------

Unit is \_\_\_\_\_  
通貨単位

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment. i. e, payment for a luxurious room charge.  
注意： 特別室料等、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  
担当医の名前及び住所

Name	Last(姓)	_____	First(名)	_____	Title(称号)	_____
Address	Home(自宅)	_____	Phone(電話)	_____		
	Office(病院または診療所)	_____	Phone	_____		
Date(日付)	_____	Signature(署名)	_____			

Attending Physician(担当医)

Reference Number of your Medical Record(if applicable)

診療録の番号 \_\_\_\_\_

## 同意書 (Agreement of Authorization)

海外療養費支給申請書類にある事実（療養行為を行った日時、場所、療養内容等）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、当該者からその照会内容について情報提供を受けることに同意します。

### 【 署名欄 】

東洋製罐健康保険組合 殿

署名日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

●療養を受けた者（患者）の署名欄 ※お子さんの場合は親権者が記入してください。

患者氏名： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所： \_\_\_\_\_

※海外に居住している場合は、住所を国名から記入してください。

●被保険者（成年後見人・法定相続人）の署名欄

氏名： \_\_\_\_\_

※療養を受けた者(患者)と同じ場合には、「同上」と記入してください。

住所： \_\_\_\_\_