



# 【記入見本 歯科以外】

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・自署

東罐 一郎

「被保険者」とは  
役員・従業員・アルバイト等の本人のこと  
「被扶養者」とは  
被保険者に扶養されている家族のこと

申請内容	1 受診者	<input checked="" 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	〇〇〇〇（医師に確認して記入） 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 checked="" type="checkbox"/> 1. 病気 2. ケガ (原因および経過) 例) ・●●病の治療で毎月受診し薬をもらっている
	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 〇〇ホスピタル ××州××市 Dr. zzzzzzzzzz タイ国
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日 から 年 月 日 まで 日数 XX 日 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> から <input checked="" type="checkbox"/> まで
	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	XXXXXXXX ( パーツ ) 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	診察と●●●のための検査・治療
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 checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ 海外在住の理由 <input checked="" type="checkbox"/> 海外赴任(家族帯同含む)のため [ その他の理由 ●●●社赴任中 ] ・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 XX年 XX月 XX日提出

下記の添付書類4点と領収書(原本)を必ず申請書に添付してください。  
添付書類の「様式A」と「様式B」は医師が記入

Request to Attending Physician  
担当医へのお願い

- 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。
- 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。  
for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be  
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。

「様式A」を添付

Form A  
様式A

Attending Physician's Statement  
診療内容明細書

- Name of Patient (Last, First)      Age (Date of birth)      Sex (Male · Female)  
患者名      年齢(生年)      性別
- Name of Illness or Injury preferably with the ICD-10 code for the use of Health Insurance. (Please refer to the ICD-10 code book.)  
傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号 (No. )
- Date of first Diagnosis  
初診日

「様式A」の邦訳を添付

様式A 邦訳 ※邦訳は申請者記入可

2. 傷病名

6. 病状の概要

Request to Attending Physician  
担当医へのお願い

- 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。
- 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。  
and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be  
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。

「様式B」を添付

Form B  
様式B

Itemized Receipt  
領収明細書

- Fee for Initial Office Visit      初診料
- Fee for Follow-up Office Visit      再診料
- Fee for Home Visit      往診料
- Fee for Hospital Visit      入院料
- Hospitalization      入院料

「同意書」を添付

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。

「被保険者」とは  
役員・従業員・アルバイト等の本人のこと  
「被扶養者」とは  
被保険者に扶養されている家族のこと

【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 ※お父さんの場合は親権者が記入してください。