

申 請 日
年 月 日

支給決定額
円

常務理事	事務長	担当者

健康保険 被保険者
被扶養者

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。

被保険者情報	被保険者証の 記号番号	記号	番号	所属店部	
	氏名	フリガナ		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	申請者住所 電話番号 等 (日中の連絡先)	〒 電話 ()			

申請内容	対象者 (該当に○)	本人(被保険者)・家族(被扶養者)			対象者氏名	
	傷病名				対象者の 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	発病の原因 および経過					
	診療を受けた 医療機関名称				診療を受けた 医療機関住所	
	医師などの氏名					
	診療を受けた 期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日	発病または負傷年月 日	令和 年 月 日	
				診療区分	入院 ・ 外来	
	療養に要した 費用	通貨単位			診療の内容	
	渡航期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日	渡航目的		
交通事故等 第三者が原因 ですか	いいえ ・ はい			業務上、通勤途上 によるものですか	いいえ ・ はい	

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい(任継・退職者は不要)

委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日		
	被保険者(申請者)	氏 名	
	代理人 (実際に給付を受領する者)	氏 名	

※任継・退職者のみ

振込先情報	金融機関コード				支店コード	
	金融機関名称				銀 行 信用金庫	本店 支店
	預金種別	普通 当座	その他 ()	口座番号	口座名義 (カタカナ)	

【添付書類】

1. 診療内容明細書(和訳もご記入ください) 2. 領収明細書(和訳もご記入ください) 3. 現地で支払った領収書の原本
4. 海外渡航期間がわかる書類(パスポート等)の写し(業務以外で渡航の場合)
- ※診療月・病院・入院・外来ごとに別々に申請書が必要です。

Request to the Attending Physician

担当医へのお願い

- Please fill out this form so that the patient may claim health insurance benefits.
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。
- One form for each month, and for each hospitalization / outpatient visit (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。

Form A
様式 AAttending Physician's Statement
診療内容明細書

1. Name of Patient (Last, First)

患者名 _____

Date of Birth (D / M / Y)

生年月日 _____ . _____ . _____

Sex

性別

Male

• Female

Medical Record Number 診療録番号

2. Name of Illness or Injury, Preferably with the International Classification of Diseases Number
For Health Insurance Purposes. (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 Initial Visit (D / M / Y)

初診日 _____ . _____ . _____

4. No. Days of Visit/Treatment

診療日数 _____ days

5. Type of Treatment

治療の分類 (D / M / Y)

☐ Hospitalization From _____ / _____ / _____ to _____ / _____ / _____ (_____ days)
入院 自 _____ / _____ / _____ 至 _____ / _____ / _____ (_____ 日間)

☐ Outpatient or Home Visit _____ / _____ / _____ . _____ / _____ / _____
入院外 _____ / _____ / _____ . _____ / _____ / _____

6. Nature of Illness or Injury (in brief)

病状の概要

7. Prescription, Operation and Any Other Treatments (in brief)

処方、手術その他の処置の概要

8. Was treatment required as a result of accidental injury? _____ ☐ Yes ☐ No

治療は事故の傷害によるものですか？

9. Breakdown of Medical Expenses Paid to Hospital and / or Attending Physician : Please fill out 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

ATTENDING PHYSICIAN INFORMATION 担当医情報欄

Medical Institution Name: (医療機関名)

Address: (住所)

Name of Physician: (担当医名)

Title: (称号)

Signature: (署名)

Phone: (電話)

Date Completed: (作成年月日)

2. 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

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 _____

氏名 _____ 印
電話 _____

Request to Attending Physician

担当医へのお願い

- Please fill out this form so that the patient may claim health insurance benefits.
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。
- One form for each month, and for each hospitalization / outpatient visit (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。

Form C

様式 C

Attending Dentist's Statement

歯科診療内容明細書

Name of Patient (Last, First) 患者名 _____	Date of Birth (D / M / Y) 生年月日 _____	Sex Male • Female 性別 _____
Date of Initial Visit (D / M / Y) 初診日 _____	No. Days of Visit/Treatment 診療日数 _____ days	Medical Record Number 診療録番号 _____

*Please circle the treated tooth 治療した歯に○をつけてください

Permanent teeth

Primary teeth

Permanent teeth (UPPER)																Primary teeth									
(RIGHT)								(LEFT)								(RIGHT)					(LEFT)				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	T	S	R	Q	P	O	N	M	L	K
(LOWER)																									

TYPE OF TREATMENT 治療の分類

Dental Treatment 歯科治療	Tooth No. and Surface 患歯部位	Date			Fee 治療費
		D	M	Y	
Initial Office Visit 初診料					
X-Ray Examination レントゲン検査					
Dental Pulp Extirpation 抜髄					
Operation 手術					
Extraction 抜歯					
Filling 充填					
Inlay インレー *Material 素材()					
Metal Crown 金属冠 *Material 素材()					
Post Crown 継続歯 *Material 素材()					
Jacket Crown ジャケット冠 *Material 素材()					
Bridgework ブリッジ *Material 素材()					
Denture 有床義歯 Partial Denture 局部義歯 Complete Denture 総義歯					
Treatment of Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏処置					
Medication 投薬					
Other その他					
Total 合計					

ATTENDING DENTIST INFORMATION 担当歯科医情報欄

Medical Institution Name: (医療機関名)

Address: (住所)

Name of Dentist: (担当歯科医)

Title: (称号)

Signature: (署名)

Phone: (電話)

Date Completed: (作成年月日)

永久歯																乳歯									
(上顎)																									
1 2 3 4 5 6 7 8								9 10 11 12 13 14 15 16								A B C D E					F G H I J				
32 31 30 29 28 27 26 25								24 23 22 21 20 19 18 17								T S R Q P					O N M L K				
(下顎)																									

治療の分類

歯科治療	患歯部位	日付			治療費
		日	月	年	
初診料					
レントゲン検査					
抜髄					
手術					
抜歯					
充填					
インレー 素材()					
金属冠 素材()					
継続歯 素材()					
ジャケット冠 素材()					
ブリッジ 素材()					
有床義歯 局部義歯 総義歯					
歯槽膿漏処置					
投薬					
その他					
合計					

翻訳者

住所

氏名

電話