

海外療養費支給申請書

提出日は必ず記入してください

平成28年 12月 20日 提出

申請部署名または部署番号(国内管理部署)		国内管理部署が使用する欄です		
被 保 険 者 記 入	保険証の 記号番号	(記号)1111 (番号)222222	被保険者氏名 健保 一郎	
	受診者名	健保 一郎	(昭・平)1年 5月 △日生 続柄 (本人・長男など)	本人
	傷病名 (傷病箇所も明記)	急性上気道感染症	傷病の年月日	平成28年12月 1日
	傷病原因・経緯	(どこでかかり、どのような症状であったか) 滞在先のホテルにて、のどが痛み熱が出た。		
	傷病の経過	受診後、完治した。		
	申請理由	海外で治療を受けた為		
	④ 受診した 期間	外来 平成28年 12月 1日～ 平成28年12月 2日 (計 2日間) 入院 年 月 日～ 年 月 日 (計 日間)		
	⑤ 総治療費 (現地通貨で)	300 現地通貨単位:(S\$)	円換算額 24,189 円	国名 シンガポール
	診療・手当内容	診察(2)日・投薬()日分・手術()回・その他() ※該当する()内に日数または回数を記入。その他の場合は()内に内容と回数を記入。		
	治療を受けた 病院	名称 ABC CLINIC 住所 〇〇〇,Singapore 123△△		
傷病が第三者に よるとき	氏名 住所			
＜ 委 任 状 ＞				
私の受ける療養費の受領を(正式社名) <u>ブリヂストン〇〇</u> に委任します。				
被保険者住所 <u>東京都 ××× △△△</u>				
<u>平成28年 12月 20日</u> 被保険者氏名 健保 一郎 ※本人自署または捺印				

療養費を国内勤務先へ支払う場合は、この“委任状”欄にご記入ください
療養費を本人へ支払う場合は、この欄は記入しないでください

被保険者のマイナンバー記載欄
※被保険者の記号・番号を記入した場合は不要です。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

記入は不要です

＜ 注 意 事 項 ＞

1. 予防接種、正常分娩、健康診断費用、業務上の負傷は、海外療養費で申請できません。
2. この申請書の上記 受診した期間④、総治療費⑤に対応する診療内容明細書(医科用か歯科用のいずれか)と領収書、調査に関わる同意書【海外療養費】、パスポートなど海外への渡航に必要と認められる書類が添付されていることをご確認ください。

日付

- ・ 添付書類(診療内容明細書や、領収書)が外国語で記載されている場合は、日本語に翻訳して頂き、該当箇所の欄外に翻訳と、翻訳者の氏名をご記入ください

健康保険組合が使用する欄です

医科用

医科にかかった場合、ご提出ください

※歯科治療の場合は「歯科用」を提出

Request to Attending Physician

担当医へのお願い

- 1. Please fill in this form so that the patient may receive insurance benefits. This form is necessary for the patient's insurance payment application.
- 2. This should be completed and signed by the attending physician or the clinic secretary.
- 3. One form for each month and one form for each admission/visit. One form per month and one form per admission/visit.

- この診療内容明細書は現地医師に記入してもらってください
- 診療内容明細書の記入漏れがないようご注意ください
- この申請書が外国語で記載されている場合は、少なくともこの箇所を翻訳頂き、記入欄の欄外に翻訳をご記入ください。翻訳者の氏名も併せてご記入ください。(以下の赤字部分です)

Attending Physician's Statement 診療内容明細書

- 1. Name of Patient (Last, First) 患者名 ICHIRO KEMPO 翻訳者: 健保 一郎
- 2. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance (Please refer the table attached to this form).

傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号(添付の分類表参照)

急性上気道感染症

Name of Illness or Injury ACUTE UPPER RESPIRATORY TRACT INFECTION Number 1003

3. Date of First Diagnosis 初診日 : D/M/Y, 年/月/日 2016, 12, 1

4. Date of Treatment/Days of diagnosis or treatment (診療日/診療日数) ①

Date of Hospitalization 入院 : From _____ to _____, _____ (days)

Date of Outpatient or Home Visit 外来 : 1-12-2016, 2-12-2016, 2 (days)

5. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief) 症状の概要

FEVER, COUGH 発熱、せき

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

CONSULTATION, LABORATORY TEST & MEDICATION ONLY 診察、検体検査、投薬

7. 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?

はい いいえ

8. Itemized Receipt 領収明細書 Currency paid (支払い通貨) S\$

Service 診療内容	Fee 料金	Service 診療内容	Fee 料金
Fee for Initial office visit 初診料		X-Ray examinations X線検査費	
Fee for follow-up office visit 再診料		Laboratory tests 諸検査費	\$ 87.6
Fee for home visit 往診療		Medicines 医薬費	\$ 120.00
Hospitalization 入院費		Anesthetics 麻酔費	
Consultation 診察費	\$ 70.00	Operating room charge 手術室費用	
Operation 手術費		Others (Specify) その他(項目明記)	657% \$ 28.4
Professional nursing 職業看護師費			
Total 合計.....②	\$ 300.00		

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment, such as, extra charge for a bed.

注意 高級室料等、治療に直接関係のないものは除いてください。

9. Name and address of attending physician 担当医の名前及び住所

Name and address of office 医院の名称及び所在地

ABC CLINIC 〇〇〇, Singapore 123△△

Name of attending physician 医師名 JULIAN

Date 日付 2-12-2016

Signature (Attending physician) 署名 JULIAN

歯科用

歯科にかかった場合、ご提出ください

Request to Attending Dentist

担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.

この様式は患者の社会保険の給付の申請に必要な

・この診療内容明細書は現地医師に記入してもらってください

2. This should be completed and signed by either the patient or the attending dentist.

この様式は担当医または病院の事務長が書き、署名

・診療内容明細書の記入漏れがないようご注意ください

3. One form for each month and one form for each admission.

毎月ごと、入院・入院外ごとに付き、この様式1枚が必

・この申請書が外国語で記載されている場合は、少なくとも□の箇所は翻訳頂き、記入欄の欄外に翻訳をご記入ください。翻訳者の氏名も併せてご記入ください。(以下の赤字部分です)

Attending Dentist's Statement 診療内容明細書

翻訳者: 健保 一郎

1. Name of Patient (Last, First) 患者名 ICHIRO KEMPO

2. Symptom 病名 GINGIVITIS

歯肉炎

□1101 Dental caries う蝕

☑1102 Gingivitis and periodontal disease 歯肉炎及び歯周疾患

□1103 Other diseases of teeth and supporting structures その他の歯及び歯の支持機構

3. Date of First Diagnosis 初診日 : D/M/Y, 年/月/日 2016, 12, 1

4. Date of Treatment/Days of diagnosis or treatment (診療日/診療日数) ①

Date of Hospitalization 入院 : From _____ to _____, _____ (days)

Date of Outpatient or Home Visit 外来 : 1-12-2016, _____, _____ 1 (days)

5. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief) 症状の概要

GINGIVITIS

歯肉炎、

6. 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？

はい いいえ

7. Brief summary of dental care 治療の概要

Table with dental care summary including Tooth No, Permanent, Baby teeth, and R/L indicators.

8. Itemized Receipt 領収明細書

Currency paid 支払い通貨 S\$

Table with 4 columns: Service, Tooth No, Material, Fee. Includes items like Examination Fees and Others.

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment, i-e, extra charge for a bed.

注意 高級室料等、治療に直接関係のないものは除いてください。

9. Name and address of attending dentist 担当医の名前及び住所

Name and address of office 医院の名称及び所在地

ABC DENTAL CLINIC 〇〇〇, Singapore 345△△

Name of attending dentist 医師名 Dr. Julian

Date 日付 1-12-2016

Signature (Attending dentist) 署名 Julian