

# 海外療養費支給申請書

年 月 日提出

申請部署名または部署番号(国内管理部署)		担当者名	
被保険者記入欄	保険証の記号番号	(記号) _____ (番号) _____	被保険者氏名
	受診者名	(昭・平・令 年 月 日生)	続柄 (本人・長男など)
	傷病名 (傷病箇所も明記)		傷病の年月日
	傷病原因・経緯	(どこでかゆみ、どのような症状であったか)	
	傷病の経過		
	申請理由	海外で治療を受けた為	
	① 受診した期間	外来 年 月 日 ~ 年 月 日 (計 日間) 入院 年 月 日 ~ 年 月 日 (計 日間)	
	② 総治療費 (現地通貨で)	現地通貨単位: ( ) 円換算額	円 国名
	診療・手当内容	診察 ( ) 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 住所	
	傷病が第三者によるとき	氏名 住所	
	<p>《委任状》</p> <p>私の受ける療養費の受領を(正式社名) _____ に委任します。</p> <p style="text-align: center;">被保険者住所 _____</p> <p style="text-align: center;">_____ 年 月 日 被保険者氏名 _____ ※本人自署または捺印</p>		

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。									

＜ 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①、総治療費②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】、パスポートの写しや航空券等海外渡航の事実が確認できる書類が添付されていることをご確認ください。

決定	日付	給付決定決議書	健康保険組合起案・決議	常務理事決裁
	番号			

給付対象期間	～ ( 日間)	国内現物給付ベース		
資格取得	年 月 日			
傷病名	区分	疾病コード	点数(点/日)	現地支払ベース
	入院・外来			
	入院・外来			( ) × 0.7 ・ 0.8 = ( ) 円
	入院・外来			(高額療養費 再掲 円 )
給付決定月のレート	1( ) = ( ) 円	給付額	円	

医科用

※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 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ですので、証明をお願いします。
2. This 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、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.
毎月ごと、入院・入院外ごとに付き、この様式1枚が必要です。

Attending Physician's Statement 診療内容明細書

- 1. Name of Patient (Last, First) 患者名
2. Name of Illness or Injury
傷病名
Name of Illness or Injury
3. Date of First Diagnosis 初診日 : D/M/Y, 年/月/日
4. Date of Treatment/Days of diagnosis or treatment (診療日/診療日数)
Date of Hospitalization 入院 : From to (days)
Date of Outpatient or Home Visit 外来 : (days)
5. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief) 症状の概要
6. Prescription, operation and any other treatments (in brief) 処方、手術その他の処置の概要
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)

Table with 4 columns: Service 診療内容, Fee 料金, Service 診療内容, Fee 料金. Rows include: Fee for Initial office visit, Fee for follow-up office visit, Fee for home visit, Hospitalization, Consultation, Operation, Professional nursing, Total.

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
Name of attending physician 医師名
Date 日付 Signature (Attending physician) 署名

歯科用

※歯科治療の場合のみ提出

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ですので、証明をお願いします。
2. This should be completed and signed by either the attending dentist 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、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.
毎月ごと、入院・入院外ごとに付き、この様式1枚が必要です。

Attending Dentist's Statement 診療内容明細書

1. Name of Patient(Last ,First) 患者名 \_\_\_\_\_

2. Symptom 病名 \_\_\_\_\_

- 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 \_\_\_\_\_

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

Date of Hospitalization 入院 : From \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ (days)

Date of Outpatient or Home Visit 外来 : \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ (days)

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

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 columns for Tooth No (Permanent, Baby teeth) and rows for tooth numbers 1-8.

8. Itemized Receipt 領収明細書 Currency paid 支払い通貨 \_\_\_\_\_

Table with columns: Service (診療内容), Tooth No (歯式), Material (材料), Fee (料金). Rows include Inlay, Filling, Crown, Extraction, Root canal treatment, Denture, Bridge, X-Ray, Examination Fees, Medicine, Others, and Total.

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

Name of attending dentist 医師名 \_\_\_\_\_

Date 日付 \_\_\_\_\_ Signature (Attending dentist) 署名 \_\_\_\_\_