

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	被保険者等 記号・番号	(記号)	被保険者氏名				
		(番号)					
	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	年 月 日	
	傷病原因・経緯	(どこで、何の病気であったか)					
	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						
< 受診者の情報 >							
(1) 受診者の海外渡航期間 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 ※海外渡航期間が確認できる書類として、以下のいずれかの書類を添付してください。 ・パスポートの写し(①氏名、顔写真と②当該期間の出入国スタンプのページ) ・査証(ビザ)の写し(氏名と有効期限が記載されたもの) ・航空券の写し(e チケットの控えを含む)							
(2) 診療を受けた期間における海外渡航(滞在)の理由を選んでください。 <input type="checkbox"/> 海外勤務(同行家族を含む) <input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> その他()							
< 委任状 >							
私の受ける療養費の受領を(正式社名) _____ に委任します。 被保険者住所 _____ _____ 年 月 日 被保険者氏名 _____ 印 ※本人自署の場合は捺印不要							

< 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。

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)
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 (Inlay, Filling, Crown, etc.), Tooth No, Material, Fee.

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

調査に関わる同意書【海外療養費】

Agreement of Authorization

・治療開始日 (Starting date of medication)	Year	Month	Day
・患者 (Patient)			
患者名 (Name of patient)			
住所 (Address)			
生年月日 (Date of birth)			
Year	Month	Day	

ブリヂストン健康保険組合 御中

私(療養を受けた者)、は、ブリヂストン健康保険組合の職員又はブリヂストン健康保険組合が委託した事業者が、海外療養費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)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、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

また、上記確認にあたり、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートをブリヂストン健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To: Bridgestone health insurance society

I (patient who has received treatment) authorize Bridgestone health insurance society or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of place, and any treatment records and information from the medical organization in order the treatment, to verify by submitting the related application forms.

Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

署名・押印欄 Signature

署名・押印は、治療を受けた本人が行って下さい。なお、次の場合は、親権者(本人が未成年の場合)、成年後見人(本人が成年被後見人の場合)、法定相続人(本人が死亡している場合)が署名、押印して下さい。

Insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

※ 本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。

※ This agreement of authorization expires 6 month after the signed date.

氏名 (Signature)			
住所 (Address)			
日付 (Date)	Year	Month	Day
患者との関係 (Relation to the insured)			
本人 (Self) ・ 親権者 (Guardian) ・ 法定相続人 (Heir) ・ その他 (Other)			

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項を記載頂くことがあります。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.