

健康保険 被保険者・家族 海外療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①健康保険証の 記号・番号		②事業所の名称 事業所の所在地				
	③治療を受けた 該当者の	氏 名		生年 月日	昭・平・令 年 月 日	続 柄	
	④傷病名			⑤発病又は負傷 の年月日	年 月 日 (負傷の場合： 時頃)		
	⑥発病又は 負傷の原因	(※ケガの場合は、別紙負傷原因の回答を添付ください)					
	⑦診療の内容						
	⑧傷病の経過	治療中 ・ 完治 ・ 経過観察中 ・ その他 ()					
	⑨診療を受けた 病医院の名称			⑩病医院の 所在地			
	⑪診療に従事した 医師の氏名			⑫病医院の 電話番号			
	⑬診療の期間	自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日		日間			
	⑭診療を受けた 国名			⑮診療に要した費用の 額と通貨			
	<p>上記の通り申請いたします。 令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">被保険者 住 所 氏 名 _____</p> <p>伊藤忠連合健康保険組合 理事長殿</p>						

【受付日付印】

<p>上記の金額の受領方を _____ 殿 に委任します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被保険者氏名</p>

【健保使用欄】	
決定日／レート	
診療に要した費用	
決定額	
病類コード／病名	
海外療養費基準額	
<input type="checkbox"/> 例外的認定事由届出 確認済み <input type="checkbox"/> レセプト作成 <input type="checkbox"/> 海外赴任者・その他（出張・帰省・旅行等） <input type="checkbox"/> 決定通知書送付先（自宅・事業所）	

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 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。

2. 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。

3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (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。

Attending Physician's Statement

Form A(様式 A)

診療報酬明細書

1. Name of Patient (Last, First) 患者名 _____
Age (Date of Birth) 年齢(生年月日) _____
Sex (Male・Female) 性別(男・女) _____
2. Name of Illness 傷病名 _____
3. Date of First Diagnosis 初診日 _____
4. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days(実際に受診した日数)
5. Type of Treatment 治療の分類
 Hospitalization 入院: From _____ to _____ (_____ days)
 Outpatient or Home Visit 入院外: _____ (_____ days)
↑ Please list number of the days and the actual dates that you got the medical care at a clinic/hospital.
(実際に受診した日付と日数を記載ください。)
6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief) 症状の概要

7. Prescription operation and any other treatments(in brief) 処置、手術、その他の概要

8. 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。
9. Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending Physician: Fill in 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
10. Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所
- | | | | |
|---------|------------------|----------|-----------|
| Name | Last(姓) | First(名) | Title(称号) |
| Address | Home(自宅) | | Phone(電話) |
| | Office(病院または診療所) | | Phone(電話) |
- Date(日付) _____ Signature(署名) _____
- Attending Physician (担当医)
- Reference Number of your Medical Record (if applicable) 診療録の番号 _____

Request Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic

担当医又は病院事務長へのお願い

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 form should be completed and signed by either the attending physician or the superintendent of a hospital/clinic.

この様式は担当医又は病院の事務長が書き、かつ署名してください。

3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out.

各月毎、入院・入院外毎に付この様式 1 枚が必要です。

4. If not in dollars, please specify the unit used. ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いて下さい。

Form B

Itemized Receipt

様式 B

領収明細書

(1) Fee for Initial Office Visit	初診料	\$ _____
(2) Fee for Follow-up Office Visit	再診料	\$ _____
(3) Fee for Home Visit	往診料	\$ _____
(4) Fee for Hospital Visit	入院管理料	\$ _____
(5) Hospitalization	入院費	\$ _____
(6) Consultation	診察費	\$ _____
(7) Operation	手術費	\$ _____
(8) Professional Nursing	職業看護婦費	\$ _____
(9) X-Ray Examinations	X線検査費	\$ _____
(10) Laboratory Tests	諸検査費	\$ _____
(11) Medicines	医薬費	\$ _____
(12) Surgical Dressing	包帯費	\$ _____
(13) Anesthetics	麻酔費	\$ _____
(14) Operating Room Charge	手術室費用	\$ _____
(15) Others (Specify)	その他 (項目明記)	\$ _____

(16) Total	合計	\$ _____	Unit is 貨幣単位 _____
------------	----	----------	-----------------------

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment for a luxurious room charge.

注意：高級室等治療に直接関係ないものは除いてください。

Name and Address of Attending Physician/Superintendent of Hospital or Clinic

担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name 名前 : Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____

Address 住所 : Home 自宅 _____ Tel 電話 _____

Office 病院又は診療所 _____ Tel 電話 _____

Date 日付 : _____ Signature 署名 _____

☆ 邦訳

診療内容明細書（様式A）

2.傷病名

6.症状の概要

7.処方、手術その他処置の概要

領収明細書（様式B）

10.諸検査費の内訳（検査の内容）

11.医薬費の内訳（薬の名称、量等）

15.特記事項

☆翻訳者

住所：_____

名前：_____

TEL：_____