

記入例

該当する方にし点を付けてください

被保険者
 家族

海外療養費支給申請書

記号	100	フリガナ	ケボ タウ	社員番号	123456
番号	9999	氏名	健保 太郎	勤務先事業所	イビデンマレーシア
受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族（被扶養者）		◎受診者が家族（被扶養者）の場合はご記入ください		
	氏名	健保 花子	生年月日	昭和 平成・令和 53 年 1 月 1 日	続柄 妻
傷病名	風邪		発病または負傷した日	2019 年 10 月 5 日	
発病または負傷の原因	発熱				
	⇒ 第三者行為（交通事故や喧嘩など）によるものである <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ				
診療を受けた期間	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 入院外				
	2019 年 10 月 5 日 ~ 2019 年 10 月 5 日				
実診療日数	1 日間 ※実際に治療を受けられた日数を記入してください 例) 11月の3日と18日に治療を受けられた ⇒ 2日間				
診療の内容	診療で受けた処置の内容を記載下さい				
療養に要した金額	428	海外通貨単位	RM	※USD、PHPのように記入してください	
診療を受けた医療機関	名称	現地の医療機関の名称			
	所在地	現地の医療機関の所在地			
◎在職者のみ記入してください					
海外療養費の受給については、事業主に委任し、国内給与内に振込みすることに同意します。 ※上記事項に同意する場合は右の□にチェックをしてください。 <input type="checkbox"/>					

現地で支払いをした領収書の金額を記載ください

月一ヶ月単位で申請してください
月をまたぐ場合は用紙を分けてください

- 【添付書類】 ・ 医科の治療を受けた場合は様式Aと様式B ※担当医に記入してもらったもの 及び邦訳
 ・ 歯科の治療を受けた場合は様式Aと様式C ※担当医に記入してもらったもの 及び邦訳
 ・ 現地で支払いをした領収書の原本

被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、右枠へ記載してください。
 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)

健保記入欄	資格取得日	昭和 平成 年 月 日	資格喪失日	平成 年 月 日	常務理事	担当
	日	ここは健保が記入しますので、空欄で結構です				

記入例

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、入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Form A
様式A

Attending Physician's Statement
診療内容明細書

1番から10番までの中で、該当する項目は、全て医師に記載してもらってください。

1. Name of Patient 患者名 Hanako KENPO _____

Age 年齢 42 Sex 性別 Male 男 Female 女

2. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Health Insurance. (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

例)医師の記載 cold

(No. 1001)

3. Date of first Diagnosis 初診日 2019/10/5

健康保険用国際疾病分類番号の記載が無い場合は、健康保険用国際疾病分類表を医師見せて記載をしてもらってください。

4. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 1 days

5. Type of Treatment 治療の分類

Hospitalization 入院 From / / to / / (days)

Outpatient or Home Visit 入院外 2019/10/15 , / / (1 days)

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

例)医師の記載 Fever

7. Prescription, Operation and any other Treatments(in brief) 処方、手術、その他の処置の概要

例)医師の記載 【処方、薬の処方】・【手術は、具体的な手術】・【その他の処置の概要は、何を処置したか具体的に

8. Was the treatment required as a result of an accidental injury? Yes はい No いいえ
治療は事故の障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. Doctor's name and hospital address 医師の名前と病院の住所

Doctor's name 医師の名前 _____

Hospital address 病院の住所 _____

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 _____

様式A 邦訳

記入例

2. 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

風邪

1001

6. 症状の概要

発熱

様式Aに、医師が記入された内容を翻訳して下さい。(2、6、7のみ)

健康保険用国際疾病分類番号を、シート内に有る健康保険用国際疾病分類表を見て記載願います。

7. 処方、手術、その他の処置の概要

【処方】

薬の処方 (薬名: ○○○○)

【手術】

何の手術を行ったか

【その他の処置の概要】

具体的に何を処置したか

翻訳者記入欄

住所

氏名

電話

翻訳は申請者本人が行ってもOKです

記入例

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、入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Form B
様式B

Itemized Receipt
領収明細書

1番から17番までの中で、該当する項目は、全て医師に記載してもらってください。

(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 師 費	_____
(9)X-Ray Examinations	X 線 検 査 費	_____
(10)Laboratory Tests*	諸 検 査 費	_____

*Please fill in the content of the Laboratory Tests. 諸検査の内容を記入してください。

例)医師の記載 The flu check

(11)Medicines**	医 薬 費	_____
-----------------	-------	-------

**Please fill in the name and the amount of the prescription of an individual medicine.
処方した個々の薬の名称と量を記入してください。

例)医師の記載 薬の名称記載 ○○○○

(12)Surgical Dressing	包 帯 費	_____
(13)Anesthetics	麻 酔 費	_____
(14)Operating room Charge	手 術 室 費 用	_____
(15)The Others(Specity)	そ の 他 (特 記 せ よ)	_____

例)医師の記載 特記が有れば記載

(16)Total	合 計	_____	Unit is 通貨単位	_____
-----------	-----	-------	-----------------	-------

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment.i.e.payment for a luxurious room charge.
注意: 特別室料等、治療に直接関係ないものは除いてください。

(17)Doctor's name and hospital address 医師の名前と病院の住所

Doctor's name 医師の名前 _____

Hospital address 病院の住所 _____

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 _____

様式B 邦訳

記入例

(10)諸検査費の内訳(諸検査の内容)

インフルエンザ検査

様式Bに、医師が記入された内容を翻訳して下さい。((10)(11)(15)

(11)医薬費の内訳(薬の名称、量)

薬の名称記載 : ○○○○ , △△△△

朝晩服用

(15)特記事項

特記があれば記載

翻訳者記入欄	
住所	翻訳は申請者本人が行ってもOKです
氏名	
電話	