

記入

該当する方にレ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

お手持ちの保健証の上側に記載されていますので、確認してご記入ください

| | | | | | |
|--|--|-------------|--------------------------|----------------------|-----------|
| 記号 | 100 | フリガナ | ケンボ タロウ | 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"/> | | | | | |

月一ヶ月単位で申請していただく場合は用紙を分けてください

現地で支払いをした領収書の金額を記載ください

- 【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**

被保険者証の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 | | | | |

日付印

様式A 邦訳

記入

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BItemized 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 | 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

(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 | |