

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	虫歯		発病または負傷した日	2019 年 11 月 2 日	
発病または負傷の原因	歯の痛み				
	⇒ 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 11 月 3 日 ~ 2019 年 11 月 18 日				
実診療日数	2 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
	日本医療給付	ここは健保が記入しますので、空欄で結構で										

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 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 Dental caries

(No. 1101)

3. Date of first Diagnosis 初診日 2019/11/3

4. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 2 days

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もらってください。

5. Type of Treatment 治療の分類

Hospitalization 入院 From / / to / / (days)

Outpatient or Home Visit 入院外 2019/11/3 , 2019/11/8 (2 days)

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

例)医師の記載 The pain of the tooth

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

2. 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

虫歯

1101

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)

6. 症状の概要

歯の痛み

7. 処方、手術、その他の処置の概要

【処方】(薬の投与)

痛み止めの投与(薬の名前等 ○○○○)

【手術】

何の手術を行ったか

【その他の処置の概要】

虫歯の部分を削り、レジンを充填

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 C
様式C

Attending Dentist's Statement
歯科診療内容明細書

該当する項目は、全て医師に記載してもらってください。

Permanent tooth 永久歯				Primary tooth 乳歯				
(Upper)	RIGHT	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	LEFT	RIGHT	E D C B A	A B C D E	LEFT
(Lower)		8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8			E D C B A	A B C D E	

Type of Treatment 治療の分類

Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examind 患歯部位	Material 材料	Fee 治療費
Initial Office Visit 初診料			
X-Ray Examination レントゲン検査			
Dental Pulp Extirpation 抜髄			
Operation 手術			
Extraction 抜糸			
Filling 充填	5, 6	○○○○	○○○○
Inlay インレー			
Metal Crown 金属冠			
Post Crown 継続歯			
Jacket Crown ジャケット冠			
Bridge Work ブリッジ			
Plate Denture 有床義歯			
Partial Denture 局部義歯			
Complete Denture 総義歯			
Treatment of Pyorrhea AlveoLaris 歯槽膿漏処置			
Medicine 投薬			
The Others その他	fluoride application		
Total 合計			

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C 邦訳

記入

医師が、記載された内容を翻訳して下さい

Permanent tooth 永久歯				Primary tooth 乳歯				
(Upper)	RIGHT	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	LEFT	RIGHT	E D C B A	A B C D E	LEFT
(Lower)		8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8			E D C B A	A B C D E	

治療の分類

歯科治療	患歯部位	材料	治療費
初診料			
レントゲン検査			
抜髄			
手術			
抜糸			
充填	5,6	〇〇〇〇	〇〇〇〇
インレー			
金属冠			
継続歯			
ジャケット冠			
ブリッジ			
有床義歯 局部義歯 総義歯			
歯槽膿漏処置			
投薬			
その他		フッ化物塗付	
合計			

翻訳者記入欄

住所	
氏名	翻訳は申請者本人が行ってもOKです
電話番号	