

海外療養費 支給申請書

電話		電話	
事業主(所) 健保責任者	事業主(所) 健保担当者	所属上長	庶務係

常務理事	事務長	グループ長	主務者	担当者

事業主(所)記載欄	
適用事業所記号	

(注意事項)

- 1 標題は申請が被保険者に関するときは「療養費」を、被扶養者に関するときは「家族療養費」をそれぞれでかこんでください。
- 2 添付する領収書は、内訳を詳細に記載したものが必要です。また、邦訳・証明等の省略は不可。
- 3 外傷性疾病で、その原因が相手のいない事故の場合は「傷害事故届」、相手がいる場合は「第三者行為による傷病届」を必ず提出してください。
- 4 任意継続および特別退職被保険者の該当者以外の方は、原則事業所一括払となります。委任状欄の受任者名を記入のうえ、委任状を記入してください。
- 5 事業所名欄には海外勤務先、それ以外の方は事業所名および所属を略号で記入してください。
- 6 被保険者(受給権者)が自ら署名する場合には、被保険者(受給権者)の押印は必要ありません。ただし、委任状を記入する場合は、委任状に必ず押印してください。

申請者記載欄	事業所名 (海外勤務先)	被保険者証				被保険者氏名		性別
	所属	記号	番号					男女
	傷病名	発病または負傷年月日			年 月 日			
	発病または負傷の原因	傷病の経過						
	診療を受けた病院または診療所	国名	所在地	診療内容				
	診療期間	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日 日間		診療に要した金額 (領収書原本を添付)	現地通貨で記入 通貨単位{ }			
	給付を受けることができなかった理由	出張中・現法駐在中・国企人・私費旅行中・その他()						
	第三者行為に起因するときは、その事実および加害者の	住所						
	申請が被扶養者に関するとき	氏名	被保険者との続柄 (詳細に)	入院期間	平成 年 月 日 平成 年 月 日 日間			
	上記により申請いたします。							平成 年 月 日
被保険者				〒 住所 氏名		印		
東芝健康保険組合御中				TEL. ()				
振込先	銀行	支店	普通当座	口座番号	フリガナ			
委任状	給付金の受領を に委任します。				平成 年 月 日			
				被保険者氏名		印		

組合記載欄	支給決定額	支払先コード	支給年月日
	円		平成 年 月 日
	(備考欄)		
売レート(H . .) :		=	円
× 0.7 =		円(1円未満切捨て)	

. 本申請書に記載した個人情報並びに証明書類については、パンフレット等に掲載の利用目的以外には使用いたしません。

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.
この様式は社会保険の給付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・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Attending Physician's Statement 診療内容明細書

Form A (様式A)

1 . Name of Patient (Last, First) _____ Age (Date of Birth) _____ Sex (Male・Female)
 患者名 年齢(生年月日) 性別(男・女)

2 . Name of Illness
 傷病名

3 . Date of First Diagnosis : _____, _____, 20____
 初診日 日 月 年

4 . Days of Diagnosis and Treatment : _____ days
 診療日数 日間

5 . Type of Treatment
 治療の分類

Hospitalization : From _____, _____, 20____ to _____, _____, 20____ (_____ days)
 入院 自 至 (日間)

Outpatient or Home Visit : From _____, _____, 20____ to _____, _____, 20____ (_____ days)
 入院外 From _____, _____, 20____ to _____, _____, 20____ (_____ days)

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

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

8 . Was the treatment required as a result of an accidental injury? Yes No
 治癒は事故の傷害によるものですか。 はい いいえ

9 . Itemized Amounts paid to Hospital and / or Attending Physician. : Fill in Form C
 項目別治療実費 様式Cによる

10 . Name and Address of Attending Physician
 担当医の名前および住所

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

Address 住所 : 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 Report (if applicable)
 診療録の番号 _____

Request to the Dental Surgeon

歯科医師へのお願い

1. Please fill in from so that the patient may claim the social insurance benefit.
この様式は社会保険の給付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 Dental Surgeon.
この様式は、歯科医師が記入し署名してください。
3. One form for each month should be filled out.
毎月ごとにこの様式一枚が必要です。
4. If not in dollars, please specify the unit used.
ドル以外の貨幣の場合は、その旨を明記ください。

Itemized receipt (Dental)

領収明細書 (歯科)

Form B (様式B)

Name of Patient (last, first) _____, _____ Age (Date of Birth) _____ (_____) Sex (Male, Female)
患者名 年齢 (生年月日) 性別 (男, 女)
Date of First Diagnosis _____, _____, _____ Day of Diagnosis and Treatment _____ days
初診日 診療日数 日間

Localization of Teeth 部位

Permanent Teeth (永久歯)

Deciduous Teeth (乳歯)

R .

8	7	6	5	4	3	2	1
1	2	3	4	5	6	7	8

 L .

R .

e	d	c	b	a
a	b	c	d	e

 L .

. Name of Illness 症病名

1. Dental Caries う蝕症 2. Missing Teeth 欠損 3. Pyorrhea Alveolar 歯槽膿漏 4. The Others その他

--	--	--	--

. Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Material 材料	Fee 治療費
1. initial Office Visit 初診料			\$
2. X-Ray Examination X線検査			\$
3. Dental Pulp Extirpation 抜髄			\$
4. Extraction 抜歯			\$
5. Filling 充填			\$
6. Inlay イレ-			\$
7. Metal Crown / resin 金属冠			\$
8. Post Crown 継続歯			\$
9. Jacket Crown ジャケット冠			\$
10. Bridge Work ブリッジ			\$
11. Plate Denture 有床義歯 Partial Denture 局部義歯 Complete Denture 総義歯			\$
12. Treatment of Pyorrhea Alveolar 歯槽膿漏治療			\$
13. Medicine 投薬			\$
14. The Others (その他)			\$
15. Total 合計	(Unit is _____) 貨幣単位		\$

Name and address of the Dental Surgeon 歯科医師の名前・住所

Name 名前 Last _____ First _____ Title 称号 _____
Address 住所 Home 自宅 _____ Phone 電話 _____
Office 歯科医院 _____ Phone 電話 _____

Date 日付 _____ Signature 署名 _____
申請者は、上記の内訳の詳細を邦訳してください。

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic 担当医また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.
この様式は社会保険の給付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.
この様式は担当医また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・入院外毎につき、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ください。

Itemized Receipt 領 収 明 細 書

Form C (様式C)

(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) Anaesthetics	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, i.e., payment for a luxurious room charge.

注 意 : 高級室料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

担当医または病院事務長の名前および住所

Name 名 前 : Last姓	First名	Title称号
Address 住 所 : Home自宅		Phone電話
Office 病院または診療所		Phone電話

Date : 日 付 _____ Signature署名 _____

1. 海外での在住中・旅行中の負傷や疾病にかかった医療費は、申請により健康保険組合から償還されます。
業務上災害・通勤災害・検診・保険適用外の治療等の場合は、海外療養費の支給対象外です。
海外の医療機関での治療を目的として海外に出かけた場合は、海外療養費の支給対象外です。
請求期限は、治療費を支払った日の翌日から2年ですので、すみやかに手続きしてください。
2. 申請に必要な書類は、**海外（家族）療養費支給申請書、様式A・B・C、領収書の原本**です。（省略不可）
 - ・**歯科以外を受診した場合**：様式Aを医師に、様式Cを担当医師または病院等の事務長に証明を依頼してください。
 - ・**歯科を受診した場合**：様式Bを歯科医に、様式Cを歯科医師または病院等の事務長に証明を依頼してください。
3. 受診者別、入院・外来別、各月毎に申請書を作成し、各証明(様式A・B・C)を医師に依頼してください。
4. 各証明(様式A・B・C)の次の項目について『**各証明の項目内容(邦訳)**』に邦訳を記入し、翻訳者が署名捺印してください。（本人が翻訳した場合も同様）
 - ・様式A：『2.傷病名・6.症状の概要・7.処方、手術その他の処置の概要』
 - ・様式B：『**歯科治療の5～11の各材料、14その他**』
 - ・様式C：『(15)その他(項目明記)』
5. 海外勤務者は海外事務所または海外現地法人経由で所管事業主(所)総務部門へ、また出張者は直接、所管総務部門へ提出してください。

各証明の項目内容(邦訳)

様式	項目	邦 訳	
	A	2. 傷病名	
6. 症状の概要			
7. 処方・手術その他の処置の概要			
B	治療内容	材料の邦訳	
	3. 抜髄		
	4. 抜歯		
	5. 充填		
	6. イルー		
	7. 金属冠		
	8. 継続歯		
	9. ジャケット冠		
	10. ブリッジ		
	11. 有床義歯 局部義歯 総義歯		
14. その他	内容の邦訳	部位・材料の邦訳	
様式C	項目	具体的な内容・部位・材料等の邦訳	
	(15) その他(項目明記)		
翻訳者署名欄	上記のとおり、翻訳いたしました。	平成 年 月 日	
	住所		
	名前	印	
	TEL		