

健康保険 被保険者・家族 療養費支給申請書

(海外療養費)

被 保 険 者 の 申 請 者 の 記 入 欄	① 被保険者証の 記号番号		(記号) _____ (番号) _____	② 事業所名						
	被保険者 (申請者)の		③ 氏名及び 生年月日	(カナ) _____ 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	④ 住所		〒 _____ TEL () _____			
	被扶養者に関 するとき		⑤ 氏名	⑥ 生年月日		昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	⑦ 続柄			
	⑧ 傷病名					⑨ 発病又は負傷 年月日		_____ 年 _____ 月 _____ 日		
	⑩ 発病又は負傷 の原因及び症 状の経過					⑪ 第三者の行為 が原因で		ある ・ ない 「ある」の場合は、「第三 者行為による傷病届」を 提出してください。		
	診療を受けた病院等の		⑫ 名称	⑬ 所在地		⑭ 医師名				
	⑮ 診療の期間		自 _____ 年 _____ 月 _____ 日 至 _____ 年 _____ 月 _____ 日		日間	⑯ 診療の内容				
	⑰ 診療に要した費用の額 ※ () に通貨単位を記入してください					()				
	⑱ 療養の給付を受けることができなかった理由			海外において治療を受けたため						
	⑲ 受診者が渡航・海外滞在(在住)した(している)			国名			期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日		
⑳ 備考			※被保険者証の記号番号に代えて個人番号を記載する場合は、備考欄に記載してください。 (個人番号を記載した場合は、番号及び本人確認するための書類が必要です。)							

口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は「受取代理人に欄」の記入が必要です。

振 込 口 座	金融機関名		支店名		預金種別		口座番号		口座名義	
	(カナ) _____	(カナ) _____			普通 その他()				(カナ) _____	

給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者(申請者)名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。									
	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日					委任者との関係 ()				
	住所					住所				
	被保険者 (申請者) 氏名		代理人 氏名			電話 ()		電話 ()		

◎ 添付書類(申請内容によっては、その他の書類が必要となる場合があります)

1. 診療内容明細書(様式A) ※ 医科の場合
2. 領収明細書(様式B)
3. 歯科診療内容明細書(様式C) ※ 歯科の場合
4. 領収書
5. 医師等に照会することの同意書
6. 渡航等の事実が確認できる書類(旅券の写し、事業主の証明書等)

受付年月日

様式A 邦訳

2. 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

翻訳者

住所

氏名



電話

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。

Itemized Receipt
領収明細書

Form B

様式B

(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。

(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。

(12) Surgical Dressing	包	帯	費	_____		
(13) Anesthetics	麻	酔	費	_____		
(14) Operating room Charge	手	術	室	費	用	_____
(15) The Others(Specify)	その他(特記せよ)					

(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。

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)	Office(病院または診療所)	Phone(電話)
			Phone

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

(10) 諸検査費の内訳(諸検査の内容)

(11) 医薬費の内訳(薬の名称、量)

(15) 特記事項

翻訳者

住所

氏名

電話

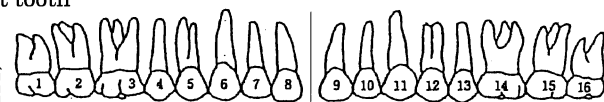
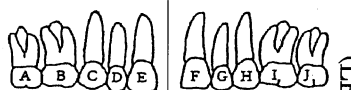
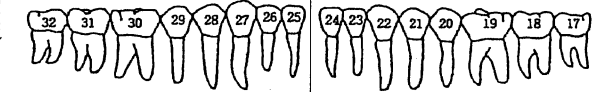
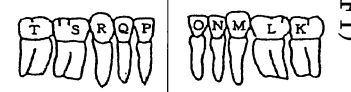


Request to Attending Physician
担当医へのお願い

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。

Form C
様式C

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

1. Name of Patient (Last, First) 患者名 _____	Age (Date of birth) 年齢(生年月日) _____	Sex (Male · Female) 性別 _____
2. Date of first Diagnosis 初診日 _____	3. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days	
Permanent tooth (Upper) (RIGHT)  (LEFT)		Primary tooth 
(Lower) (RIGHT)  (LEFT)		

Type of Treatment 治療の分類

Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Date			Fee 治療費
		MO.	DA.	YR.	
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 抜歯					
Filling 充填					
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					
Total 合計					

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 _____

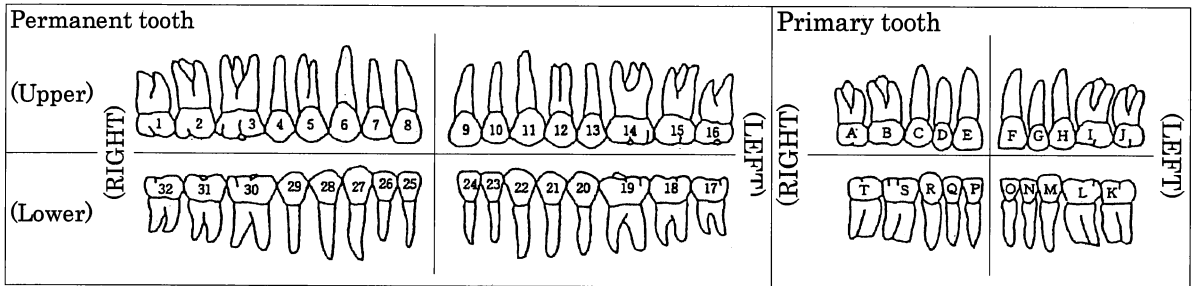
Date(日付) _____

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



治療の分類

歯科治療	患歯部位	日付			治療費
		月	日	年	
初診料					
レントゲン検査					
抜髄					
手術					
抜歯					
充填					
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					
合計					

翻訳者

住所

氏名

印

電話

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

・ 治療開始日 _____年____月____日
・ Starting date of medication Year_____Month____Day_____

・ 患者
 (患者名) _____

 (住所) _____

 (生年月日) _____年____月____日

・ Patient
 (Name of patient) _____

 (Address) _____

 (Date of birth) Year_____Month____Day_____

大阪紙商健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、_____は、大阪紙商健康保険組合の職員 又は 大阪紙商健康保険組合 が委託した事業者が、海外療養費申請書類にある事実（療養行為を行った日時、場所、療養内容）を確認するため、申請書類の提供等によって、療養行為を行った者に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

また、上記確認にあたり、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートを 大阪紙商健康保険組合 に提示することも併せて同意します。

To : Osaka paper dealer health insurance union

I (patient who has received treatment) authorize Osaka paper dealer health insurance union or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment, place, and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms.

Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

署名・押印欄

Signature

署名・押印は、治療を受けた本人が行って下さい。なお、次の場合は、親権者（本人が未成年の場合）、成年後見人（本人が成年後見人の場合）、法定相続人（本人が死亡している場合）が署名、押印して下さい。

Insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

(氏名) _____ 印

(住所) _____

(日付) _____年____月____日

(患者との関係) : 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 [_____]

※ 本同意書の有効期限は署名日から 6 ヶ月間です。

(Signature) _____

(Address) _____

(Date) Year _____ Month _____ Day _____

(Relation to the insured) : Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other

※ This agreement of authorization expires 6 month after the signed date.

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項を記載頂くことがあります。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.