

健康保険被保険者家族 海外療養費(医科) 支給申請書

1

2

各種様式

被保険者(申請者)記入用

下記のとおり海外療養費を支給申請します。

年 月 日

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号 <div></div>	番号 <div></div>	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください <div></div> <div></div> <div></div>		
	氏名	(フリガナ) -----		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <div>年 月 日</div> <input type="checkbox"/> 平成 <div></div> <input type="checkbox"/> 令和 <div></div>	
	住所	(〒) 都 道 府 県				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)						

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険被保険者家族海外療養費(医科)支給申請書

1

2

各種様式

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容

1 受診者

☐

1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

1 - ①家族の場合はその方の

氏名

生年月日

☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和

年 月 日

2 傷病名

3 発病または
負傷年月日

令和 年 月 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)☐

1. 病気

(原因および経過)

2. ケガ ➡ 負傷原因届を併せてご提出ください。

5 診療を受けた医療機関等の

名称

所在地

診療した医師等の氏名

国名

名称

所在地

診療した医師等の氏名

6 診療を受けた期間

(令和) 年 月 日

年 月 日

--	--	--	--	--	--

から

--	--	--	--	--	--

まで

日数

日

6 - ①上記の期間に
入院していた場合は、
その期間

(令和) 年 月 日

年 月 日

--	--	--	--	--	--

から

--	--	--	--	--	--

まで

日数

日

7 療養に要した費用の額

()通貨単位を記入してください。(例: アメリカドル)

8 診療の内容

9 受診者の情報

(1) 受診者の海外渡航期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

※海外渡航期間が確認できる書類として、以下のいずれかの書類を添付してください。

- ・パスポートの写し(①氏名、顔写真と②当該期間の出入国スタンプのページ)
- ・査証(ビザ)の写し(氏名と有効期限が記載されたもの)
- ・航空券の写し(eチケットの控えを含む)

(2) 診療を受けた期間における海外渡航(滞在)の理由を選んでください。

- ☐ 海外勤務(同行家族を含む)
- ☐ 旅行
- ☐ 留学
- ☐ その他

Request to the Attending Physician

担当医へのお願い

1. Please fill out this form so that the patient may claim health insurance benefits.
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 for each hospitalization / outpatient visit (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。

Attending Physician's Statement
診療内容明細書

1. Name of Patient (Last, First)

患者名

Sex

性別

Male · Female

Date of Birth (D / M / Y)

生年月日

Medical Record Number 診療録番号

2. Name of Illness

傷病名

3. Date of Initial Visit (D / M / Y)

初診日

4. No. Days of Visit/Treatment

診療日数

_____ days

5. Type of Treatment

治療の分類

(D / M / Y)

☐ Hospitalization

From

/

/

to

/

/

(

days)

入院

自

/

/

至

/

/

(

日間)

☐ Outpatient or Home Visit

入院外

/

/

.

/

/

/

/

.

/

/

6. Nature of Illness or Injury (in brief)

病状の概要

7. Prescription, Operation and Any Other Treatments (in brief)

処方、手術その他の処置の概要

8. Was treatment required as a result of accidental injury?

☐ Yes

☐ No

治療は事故の傷害によるものですか？

9. Breakdown of Medical Expenses Paid to Hospital and / or Attending Physician : Please fill out 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

ATTENDING PHYSICIAN INFORMATION 担当医情報欄

Medical Institution Name : (医療機関名)

Address : (住所)

Name of Physician : (担当医名)

Title : (称号)

Signature : (署名)

Phone : (電話)

Date Completed : (作成年月日)

様式A 翻訳

2. 傷病名

6. 病状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

【翻訳者】

翻 訳 日 : 年 月 日

住 所 :

氏 名 :

(自署)

電話番号 :

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

医師(療養担当者)記入用

1. Please fill out this form so that the patient may claim health insurance benefits.
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 for each hospitalization / outpatient visit (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

1. Initial Office Visit	初 診 料	
2. Follow-Up Office Visit	再 診 料	
3. Home Visit	往 診 料	
4. Hospitalization	入 院 費	
5. Consultation	診 察 費	
6. Operation	手 術 費	
7. Nursing Fee	職 業 看 護 師 費	
8. X-Ray Examination	X 線 検 査 費	
9. Tests Performed	諸 検 査 費	
*Please provide details below * 検査内容を記入		
10. Medications	*薬品名・投与量を記入	
*Please provide the name and dosage for each medication 医 薬 費		
11. Treatments/Procedures	処 置 費	
12. Surgical Dressings	包 帯 費	
13. Anesthetics	麻 酔 費	
14. Operating Room Charge	手 術 室 費 用	
15. Other (Please specify)	その他(特記せよ)	
16. Total	合 計	
		Currency Unit
		通貨単位

IMPORTANT : Exclude any irrelevant costs to the treatment, i.e., payment for private/deluxe room.
注意： 特別室料等、治療に直接関係のないものは除いてください。

ATTENDING PHYSICIAN INFORMATION 担当医情報欄

Medical Institution Name : (医療機関名)	
Address : (住所)	
Name of Physician : (担当医名)	Title : (称号)
Signature : (署名)	
Phone : (電話)	
Date Completed : (作成年月日)	

様式B 翻訳

9. 諸検査費の内訳（諸検査の内容）

10. 医薬費の内訳（薬の名称、量）

15. 特記事項

【翻訳者】

翻訳日： 年 月 日

住 所：

氏 名：

（自署）

電話番号：