

支給決議書	支給額		常務理事	事務長	担当	受付印
	支給内訳	決定	備考			
		附加				

被保険者 被扶養者 海外療養費・療養付加金支給申請書 (英語版)

記入日： 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	① 渡航理由	1. 駐在 (単身・帯同) 2. 研修・訓練 (期間:) 3. 乗務 4. 出張 5. 私用 6. その他 ()	③ 支払い	1. 支店精算済	2. 全額自己負担	
	② 渡航先		*アメリカ・フランスの駐在者及び研修・訓練生で、保険会社、社会保険等からの給付を受けられなかったときは、その理由等を記入			
	④ 被保険者の記号と番号	—	⑤ 被保険者氏名		印	
	⑥ 被保険者の現住所					
	⑦ 事業所の名称		⑧ 所属部課 ()	E-mail address ()		
	⑨ 受診者氏名		生年 昭・平 令 月日 年 月 日	続柄		
	⑩ 傷病名		⑪ 発病または負傷の原因			
	⑫ 症状の概要		⑬ 発病または負傷の日	年 月 日		
	⑭ 診療を受けた病医院の名称 (国・地名:)		⑮ 診療に従事した医師の氏名			
	⑯ 診療の内容 (詳細に)					
	⑰ 診療の期間及び診療日数	外来	年 月 日から	年 月 日まで	日間	
		入院	年 月 日から	年 月 日まで	日間	
	⑱ 診療に要した額	(A) 診療費総額				
		(B) 補填額 (*1)				
		(A) - (B) 自己負担額				

本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。

受 取 代 理 人 の 欄

令和 年 月 日

被保険者 住所 (請求者) 氏名 印

代理人の氏名と印

委任者と代理人との関係

代理人の住所

*2 〒

*1 保険会社、社会保険等からの給付額

*2 現役社員は記入・捺印必須 (記入例参照)

(備考)

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書き、かつ署名して下さい。

3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out.

毎月毎、入院・入院外毎に付、この様式1枚が必要です。

Attending Physician's Statement

診療内容明細書

Name of Patient 患者名		Date of Birth 生年月日		Sex 性別 <input type="checkbox"/> M 男 <input type="checkbox"/> F 女	
Diagnosis / Symptoms 診断 症状					
Description of Service 診療内容		Fee 料金		Description of Service 診療内容	
1. Days of Diagnosis and Treatments 診療日数 _____ days 日間				7. Hospital Visit 入院時医学管理 _____	
Office Visit 外来 _____ Initial 初診 _____ Subsequent 再診 _____				8. Hospitalization _____ days 入院診療 日間 Admission 入院 _____ Discharge 退院 _____	
Home Visit 往診 _____				9. Operation 手術 _____	
2. Medication <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no 投薬 Pharmacy 薬剤 _____				Fixation 固定 _____ Dressing 包交 _____	
3. <input type="checkbox"/> Injection 注射 <input type="checkbox"/> IV Treatment 点滴 Pharmacy 薬剤 _____				10. Anesthesia 麻酔 <input type="checkbox"/> Local 局部 <input type="checkbox"/> Spinal 脊椎 <input type="checkbox"/> General 全身	
4. Laboratory (Specify) 検査				11. Operation / Emergency room 手術室 緊急治療室 _____	
5. Physiotherapy 理学療法 _____				12. Radiology 画像診断 <input type="checkbox"/> X-ray レントゲン診断 _____ <input type="checkbox"/> Ultrasound 超音波検査 _____ <input type="checkbox"/> Nuclear Scan 核医学診断 _____	
6. Medical Supplies 医療器材 _____				13. Other その他 _____	
IMPORTANT : EXCLUDE THE AMOUNT IRRELEVANT TO THE TREATMENT. I.E. PAYMENT FOR LUXURIOUS ROOM CHARGE. 注 意 : 高級室料等治療に直接関係のないものは除いて下さい。				Total Fee 合計	

Name and Address of Physician / Hospital, Clinic, Office

医師の氏名及び住所 又は病院、診療所の名称及び所在地

Date

月日

Physician's Signature

医師の署名

日本語訳(医科)

訳文をご記入ください。

記入日 年 月 日

診療内容明細書	
傷病名	
症状の概要	
処方・手術その他の処置の概要	
その他(特記事項)	

翻訳者記入欄(被保険者による翻訳でも可)	
名前	
住所	
電話	

海外療養費支給明細書

申請用

保険証NO. 100-

氏名

記入日 年 月 日

支店精算	有・無
支店精算の場合の立替額	

診療年月	診察日	受診者	医科・歯科	外来・入院	①診療費総額	②保険補填額	③自己負担額 (①-②)
			医・歯	外・入			
			医・歯	外・入			
			医・歯	外・入			
			医・歯	外・入			
			医・歯	外・入			
			医・歯	外・入			
			医・歯	外・入			
			医・歯	外・入			
			医・歯	外・入			
			医・歯	外・入			
			医・歯	外・入			
			医・歯	外・入			
			医・歯	外・入			
			医・歯	外・入			
			医・歯	外・入			

*1 受診者、1 医療機関、1 診療月、1 診療科のものを1 行に記入して下さい。(入院と外来は別記入)
 * 診療額は医師の診療明細書(申請書の裏面)と、自己負担額は領収書と、それぞれの額が整合するように確認の上、記入して下さい。