

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支給額	円

支給期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間
------	--------------------------

支給支払決議書			
常務理事	事務長	課長	担当者
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
支払年月日	年 月 日		

被保険者
被扶養者

海外療養費支給申請書

(第 1 回目)

(注意事項)
輸血及びコルセット等治療用器具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほか
これに要した費用の「領収書」を添付して下さい。

被保険者証の 記号・番号	0000 第 0000-00 号	被保険者が勤 務する(してい た)事業所の	名称 所在地	〇〇〇〇(株) 〒000-0000 東京都〇〇区〇〇町〇-〇	電話 000-0000-0000 番
傷病名	感冒		発病又は負 傷の年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日	
発病又は 負傷の原因	咳がひどく、発熱したため、受診した。				
傷病の経過	良好				
診療又は手当 を受けた医療 機関の名称・ 所在地及び医 師の氏名	名称 〇〇〇〇〇	氏名 〇〇〇〇〇	所在地 及び電 話番号	〒000-0000 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 TEL 0000-0000-0000	
診療又は 手当の内容	点滴をうけ、薬を処方された		入院期間 コルセット装着日	自 年 月 日 至 年 月 日	
診療又は手当 を受けた期間	自 〇〇年〇〇月〇〇日 至 〇〇年〇〇月〇〇日	1日間	診療又は手当に 要した費用の額	金 〇〇,〇〇〇円也	
診療又は手当が 被保険者の選定 に係る特別の病 室の提供、その 他厚生大臣が定 める療養を含む ときはその旨					
療養の給付又は 特定療養費もし くは家族療養費 の支給を受ける ことのできな かった理由	海外での発病・負傷に対して保険証が使えなかったため。				
第三者の行為に よる負傷である とき	その事実 と届出 の有無		加害者の氏名		
			加害者の住所	〒	
被扶養者に関 する申請のとき	氏名	生年 月日	昭令 平 年 月 日	被保険者 との続柄	
振込希望の銀行	銀行 支店 (普通 第 号)				
上記のとおり申請します。 〇〇年〇〇月〇〇日 〒000-0000 住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇 被保険者の 氏名 健康 太郎 健康保険組合理事長 殿					

※この書類は海外で医療機関の診療を受けた場合に、その医療機関で記入してもらってください。

領収（診療）明細書

（ 月 日から 月 日までの分）

患者名	職務上の事由	職務上・下船後 3月以内・通勤災害	傷病名	
初診	時間外	円	注射	皮下筋肉内・静脈内 回
	休日 深夜			その他 回
再診	再診		検査	薬剤 回 回 回 回
	時間外 休日 深夜			
往診	普通	回	レントン	回 回 回
	夜間 深夜・暴風雨雪・難路	回		
指導			処置及び手術	回 回 回 回
投薬	内服	単位	薬剤	回 回 回 回
	外用 調剤 調基	単位 単位 単位 回		
入院	1月未満	日間（ 日～ 日）	その他	回
	1月～3月未満	日間（ 日～ 日）		
	3月以上	日間（ 日～ 日）	合計	
	給食の有無			

上記のとおり領収（診療）いたしました。

年 月 日

〒
住所
医師
氏名

（注意事項）
1. すでに領収書を発行しているときは、「領収」の字句を消して、「診療明細書」として下さい。
2. 歯科診療の場合は、別に領収（診療）明細書を作成してください。
3. 輸血及びびコルセット等治療用器具に関する申請のときは、「治療のため必要と認める旨の証明書」を交付してください。この場合、左の領収（診療）明細書の記入は必要ありません。

委任状	<p>私は 総務部長 ○○○○ を代理人と定め、次の権限を委任する。</p> <p>○○年 ○○月 ○○日請求した被保険者 療養費のうち 被扶養者</p> <p>金 円也の受領に関する事。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">〒000-0000 住所 ○○県○○市○○町○-○ 被保険者の 氏名 健康 太郎 印</p> <p style="text-align: right;">〒000-0000 住所 東京都○○区○○町○-○ 代理人の 氏名 ○○○○(株) 総務部長 ○○○○ 印</p>
振込希望の銀行	銀行 支店 (普通 第 号)

領収書	<p>金 円也但し</p> <p>うえの金額を領収いたしました。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">健康保険組合理事長 殿 〒 住所 受領者 氏名 印</p>
-----	---

Form A
様式 A

1. This form is used for claiming the social insurance benefit.
この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。
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, one form for hospitalization/ outpatient and home visit.
各月毎、入院・入院外毎に付この様式が1枚必要です。

Attending Physician's Statement 診療内容明細書

1. Name of patient (Last, First) Age (Date of Birth) Sex (Male · Female)
患者名 _____ 年令 (生年月日) _____ 性別 (男 · 女)
2. Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance (See the other side of this form)
傷病名及び社会保険表章用国際疾病分類番号 (裏面参照)
3. Date of First Diagnosis : _____ , 20 _____
初診日
4. Days of Diagnosis and Treatment : _____ days
診療日数
5. Type of Treatment
治療の分類
 Hospitalization : From _____ , 20 _____ to _____ 20 _____ (days)
入院 自 _____ 至 _____ (日間)
 Out patient or Home Visit : _____ , 20 _____ , 20 _____
入院外 _____ , 20 _____ , 20 _____
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
治療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 : Form B
治療実費 様式 B
10. Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所
Name 名前 : Last 姓 First 名
Address 住所 : Home 自宅 Phone
Office 病院又は診療所 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 _____

Itemized Receipt
領収明細書

(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) 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	\$ _____	

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。

Name and Address of Attending physician / Superintendent of Hospital or Clinic
担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name : Last First Title
名前 姓 名

Address : Home 自宅 Phone
住所 Office 病院又は診療所 Phone

Date Signature
日付 署名