健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書

海外用

被保険者情報				
被保険者等記号・番号	記号　　番号	事業所名称		
氏名	（フリガナ）	生年月日	年　月　日	
住所	〒　　－	電話番号（日中の連絡先）	（　　）	
		提出委任	☐ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。（事業主経由（依頼）する場合は✔）	

【ご注意ください】 家族（被扶養者）の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

※給付金の振込先は、被保険者口座または勤務先のいずれかになります。
被保険者口座に給付金の振込みを希望する場合は「振込先」欄を記入のうえ、**通帳の写し**または、**キャッシュカードの写し**を添付してください。
勤務先に給付金の受け取りを委任する場合は「委任状」欄を被保険者と受任者がそれぞれご記入ください。

振込先				
金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他（　　）	預金種別	普通・当座・その他（　　）	
	支店・本店・出張所 その他（　　）	口座番号		
口座名義（カタカナで記入）				

委任状	
被保険者（申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を下記受任者に委任します。　令和　年　月　日 氏名
受任者（事業主）	住所 事業所名 氏名

申請内容				
受診者（どちらかに✔）	☐ 被保険者　☐ 家族（被扶養者）	第三者行為によるものですか	はい・いいえ	
家族の場合はその方の	氏名　　生年月日　年　月　日　続柄（　　）			
傷病名		発病又は負傷年月日（療養開始日）	年　月　日	
発病又は負傷の原因及びその経過（けがの場合は、どこでどのように負傷されたか）	原因			
	経過			
診療を受けた病院等	名称	療養を受けた国名		
	所在地			
診療期間（支給期間）	年　月　日 から　年　月　日 まで　（日数　日）			
上記期間における受診日の内訳	年　月　・・・　日、　日、　日、　日、　日、　日			
療養に要した費用（現地通貨の単位）		診療の内容		
療養費の申請を行うことになった理由（該当するものを○で囲んでください）	1.仕事で海外へ渡航したが、現地で発病または負傷し受診したため （ 出向 ・ 出張 ） 滞在期間：　年　月　日 ～　年　月　日 ・ 未定 2.その他 （ 旅行 ・ 留学等 ）			

同意欄	
	この申請に係る健保組合からの問合せを事業所の担当者を通じて行うことに同意します。 被保険者（申請者）氏名

受付日付印

※訂正される場合は、各記載者が訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と各記載者の氏名（サイン）をご記入ください。

全国硝子業健康保険組合

（令7.4）

Form A

（様式Ａ）

Attending Physician's Statement 診療内容明細書

Request to Attending Physician 担当医へのお願い

○ 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。

○ 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。

○ 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。

1．Name of Patient（Last , First）患者名 _____

Age（Date of birth）年齢（生年月日） ____・____・____ Sex 性別 Male 男 ・ Female 女

2．Name of Illness or Injury preferably with the Number of International Classification of Diseases for the use of Health Insurance
（Please refer to the table attached to this form.）傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

_____（No. ）

3．Date of First Diagnosis 初診日 ____・____・____

4．Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 ____ days

5．Type of Treatment 治療の分類

☐ Hospitalization 入院 From ・ ・ to ・ ・ (days)

☐ Out patient or Home Visit 入院外 Month 月： Year 年：

Date 日付:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

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？ 治療は事故の傷害によるものですか。

Yes はい ・ No いいえ

9．Itemized amounts paid to Hospital and/or Attending Physician 医療機関又は担当医に支払った医療費の内訳

▷ Fill in Form B 様式Ｂによる

10．Name and Address of Attending Physician 担当医の名前及び住所

Name 名前 Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____

Office Address 病院又は診療所の住所 _____

Office 病院又は診療所の名称 _____ Phone 電話 _____

Date 日付 ____・____・____ Signature 署名 _____

Reference Number of your Medical Record（if applicable）診療録の番号 _____

様式Ａ　翻訳

２．傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

（Ｎｏ．　　）

６．病状の概要

７．処方、手術その他の処置の概要

翻 訳 者

氏　　名

住　　所

電話番号

Form B

（様式Ｂ）

Itemized Receipt 領収明細書

Request to Attending Physician 担当医へのお願い

○ 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。

○ 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。

○ 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。

Name of Patient（Last , First）患者名 _____

Country 国名 _____ Currency unit 通貨単位 _____

	Item（項目）		Amount（金額）
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 （その他・特記） （Specify）		
	Total 合計		

※ Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment.i.e,payment for a luxurious room charge.
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 名前 Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____

Office Address 病院又は診療所の住所 _____

Office 病院又は診療所の名称 _____ Phone 電話 _____

Date 日付 ____・____・____ Signature 署名 _____

Reference Number of your Medical Record（if applicable）診療録の番号 _____

様式Ｂ　翻訳

10．諸検査費の内訳

11．医薬費の内訳（薬の名称、量）

15．その他（特記事項）

翻 訳 者

氏　　名

住　　所

電話番号

Form C

（様式Ｃ）

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

（Itemized Receipt 領収明細書）

Request to Attending Physician 担当医へのお願い

○ 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。

○ 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。

○ 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。

1．Name of Patient（Last , First）患者名 _____

2．Age（Date of birth）年齢（生年月日） ____・____・____ 3．Sex 性別 Male 男 ・ Female 女

4．Date of First Diagnosis 初診日 ____・____・____ 5．Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days

6．Name of Illness 傷病名 ☐ Dental Caries う蝕症 ☐ Missing Teeth 欠損 ☐ Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏

☐ The Others その他（ ）

7．Localization of Teeth 部位

Permanent Teeth 永久歯

R． 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 L．
8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

primary teeth 乳歯

R． e d c b a | a b c d e L．
e d c b a | a b c d e

8．Type of Treatment 治療の分類 （ Currency unit 通貨単位 _____ ）

Dental Treatment（歯科治療）	Localization of Teeth Examined（患歯部位）	Material（材料）	Fee（治療費）
Initial Office Visit（初診料）			
X-Ray Examination（レントゲン検査）			
Dental Pulp Extirpation（抜髄）			
Extraction（抜歯）			
Filling（充塡）			
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）			
Medicines（投薬）			
The Others（その他）			
		Total（合計）	

9．Name and Address of Attending Physician 担当医の名前及び住所

Name 名前 Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____

Office Address 病院又は診療所の住所 _____

Office 病院又は診療所の名称 _____ Phone 電話 _____

Date 日付 ____・____・____ Signature 署名 _____

Reference Number of your Medical Record（if applicable）診療録の番号 _____

様式Ｃ　翻訳

治療の分類

歯科治療	患歯部位	材　料	治療費
初診料			
レントゲン検査			
抜　髄			
抜　歯			
充　塡			
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

氏　　名

住　　所

電話番号