

健康保険被保険者療養費支給申請書

海外用

被保険者（申請者）情報	被保険者証	記号	番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	氏名	(フリガナ)						
	住所	〒			都・道 府・県			
	事業所名称				電話番号 (日中の連絡先)	( )		
				提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)			

申請内容	受診者(どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 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	昭・平・令	年	月	日 続柄( )		
	傷病名				発病又は負傷年月日 (療養開始日)	平・令	年 月 日		
	発病又は負傷の原因及びその経過	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)	平・令	年	月	日 から	平・令	年 月 日 まで	療養に要した費用 (現地の通貨単位)	
上記期間における 受診日の内訳	平・令	年	月	・・・	日、	日、	日、		日、
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、現地で発病又は負傷し受診したため。 ( 出向 ・ 出張 ) 滞在期間: 平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日 ・ 未定 2. その他 ( 旅行 ・ 留学等 )								

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
		住所					
		氏名					
	受任者 (事業主)	住所					
		事業所名					
		氏名					

◎被保険者(申請者)口座への振込みをご希望の場合は記入してください。 ※通帳の写しを添付してください。

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

受 付 日 付 印

確認欄	<input type="checkbox"/>	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
-----	--------------------------	--

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	
-----	---	--

全国硝子業健康保険組合

※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。

**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. 症状の概要

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

**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

## 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																primary teeth 乳歯															
R.								L.								R.								L.							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	e	d	c	b	a	a	b	c	d	e	e	d	c	b	a	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	e	d	c	b	a	a	b	c	d	e	e	d	c	b	a	

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)			
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 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

氏 名

住 所

電話番号

# 調査に関わる同意書 Agreement of Authorization

治療開始日 Starting date of medication 年 Year 月 Month 日 Day

患者名 Name of Patient

住所 Address

生年月日 Date of birth 年 Year 月 Month 日 Day

全国硝子業健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、\_\_\_\_\_ は、全国硝子業健康保険組合の職員又は全国硝子業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、パスポートを提示することも併せて同意します。

TO:Zenkoku Garasugyo Health Insurance Society

I (patient who has received treatment) authorize Zenkoku Garasugyo health insurance society 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.

## 署名欄 Signature

署名は、治療を受けた本人が行ってください。

なお、次の場合は、親権者（本人が未成年の場合）、成年後見人（本人が成年被後見人の場合）、法定相続人（本人が死亡している場合）が署名してください。

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 Signature

住所 Address

日付 Date 年 Year 月 Month 日 Day

患者との関係 Relation to the insured 本人 Self・親権者 Guardian・法定相続人 Heir・その他 Other ( )

※ 本同意書の有効期限は署名日から6か月間です。

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いただくことがあります。

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.