

健康保険 海外療養費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容

1 受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者) (続柄)		
1 - ①家族の場合はその方の	(氏名)	(生年月日)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
2 傷病名		3 発病または 負傷年月日	年 月 日
4 発病の原因および経過 (詳しく)	<div><input type="checkbox"/> 病気 (原因および経過)</div> <div><input type="checkbox"/> ケガ ➡ 負傷原因届(40)を併せてご提出ください。</div>		
5 診療を受けた医療機関等の 国名	(名称)	(所在地)	(診療した医師等の氏名)
	(名称)	(所在地)	(診療した医師等の氏名)
6 診療を受けた期間	年 月 日 から (日数) 日 年 月 日 まで		
6 - ①上記の期間に 入院していた場合は、 その期間	年 月 日 から (日数) 日 年 月 日 まで		
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	受診者は、現在、日本に帰国予定はありますか。または帰国されましたか。 <div><input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ ↓ ↓ 海外在住の理由 ↓ [] ・ 渡航期間 (年 月 日 ~ 年 月 日) ・ 渡航目的 (海外滞在の理由) []</div>		

添付書類

(0404-26)

- ・ (別紙) 調査に関わる同意書
- ・ 領収書 (原本)

医科 ・ 診療内容明細書 (様式Aおよび様式B) 医師 (左) ・ 翻訳者 (右) が記入したもの
歯科 ・ 歯科診療明細書 (様式C) //

調査に関わる同意書 (Agreement of Authorization)

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

・ 患者 (Patient)

患者名 (Name of patient) _____

住所 (Address) _____

生年月日 (Date of birth) 昭和・平成・令和 年 月 日 _____

(To:) 大日本塗料健康保険組合 御中

私(療養を受けた者)、_____ は、大日本塗料健康保険組合の職員が、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、パスポートを大日本塗料健康保険組合に提示することも併せて同意します。

I (patient who has received treatment) authorize Dai Nippon Toryo health insurance society or its staff 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下さい。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)が署名して下さい。

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) ☐ 「患者」の住所と同じ _____

日付 (Date) 年 月 日 _____

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カ月間です。

※This agreement of authorization expires 6month 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頂くことがあります。

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.

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

様式A 邦訳

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記入し、かつ署名してください。
3. 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。

Attending Physician's Statement
診療内容明細書

Form A

様式A

1. Name of Patient (Last, First) Age (Date of birth) Sex (Male · Female)
患者名 年齢(生年月日) 性別
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 From / / to / / (days)
入院 自 / / 至 / / (日間)
☐ Outpatient or Home Visit / / / /
入院外 / / / /
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。
9. Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending Physician: Fill in 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
10. Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所
Name Last(姓) First(名) Title(称号)
Address Home(自宅) Phone(電話)
Office(病院または診療所) 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

2. 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

翻訳者

住所

氏名

電話

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記入し、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out. 毎月、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

Form B

様式B

(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

\$
\$
\$
\$

(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 \$

* Please fill in the
content of the
Laboratory Tests.
*諸検査の内容を記入してく
ださい。

** Please fill in the name
and the amount of the
prescription of an
individual medicine.
**処方した個々の薬の名称
と量を記入してください。

Unit is
通貨単位

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment. i. e, payment for a luxurious room charge.
注意 : 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	Last(姓)	First(名)	Title(称号)
Address	Home(自宅)		Phone(電話)
	Office(病院または診療所)		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 _____

様式B 邦訳

(10) 諸検査費の内訳(諸検査の内容)

(11) 医薬費の内訳(薬の名称、量)

(15) 特記事項

翻訳者

住所 _____

氏名 _____

電話 _____

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記入し、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out. 毎月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Form C

様式C

Attending Dentist's Statement

歯科診療内容明細書

Name of Patient (Last, First) 患者名		Age (date of birth) 年齢 (生年月日)		Sex 性別 Male Female												
Date of first Diagnosis 初診日		Day of Diagnosis and Treatment 診療実日数 days														
(Upper)	Permanent Teeth 永久歯 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8								Deciduous Teeth 乳歯 E D C B A A B C D E							
(Lower)	(RIGHT) 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 (LEFT)								(RIGHT) E D C B A A B C D E (LEFT)							
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								
Localization of Teeth 部位																

Type of Treatment 治療の分類

Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Date MO. DA. YR.			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					
Operation 手術					
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					
Medicine 投薬					
The Others その他					
Total 合計					

Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

Name Last(姓) First(名) Title(称号)

Address Home(自宅) Phone(電話)

Office(病院または診療所) 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

様式C 邦訳

(Upper)	Permanent Teeth 永久歯 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8																Deciduous Teeth 乳歯 E D C B A A B C D E									
(Lower)	(RIGHT) 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 (LEFT)																(RIGHT) E D C B A A B C D E (LEFT)									
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												
Localization of Teeth 部位																										

治療の分類

歯科治療	患歯部位	日付			治療費
		月	日	年	
初診料					
レントゲン検査					
抜髄					
手術					
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

住所

氏名

電話