

# 記入例

申請者 ⇒  在籍会社人事部門（確認） ⇒ 荏原健康保険組合

1カ月単位・診療別（入院・外来・歯科・調剤別）  
で申請ください。

被保険者  
 家族

## 海外療養費支給申請書

（第 1 回目）

被保険者（申請者）記入欄	被保険者証	記号 101 番号 123456	事業所名	(株) 荏原製作所		
	被保険者氏名	荏原 太郎	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 60 年 9 月 19 日 <input type="checkbox"/> 平成		
	受診者 (どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
	家族の場合は その方の	氏名 荏原 花子	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 28 年 3 月 3 日 <input type="checkbox"/> 令和	続柄 (長女)	
	傷病名	歯科(虫歯)	発病又は負傷年月日 (療養開始日)	令和 4 年 5 月 15 日	できるだけ具体的に記入してください。	
	発症または 負傷の原因	不明				
	負傷の経過	虫歯による歯痛で通院中。 (良好・通院中など)				
	診療を受けた 病院等	名称 HOSPITAL	診療した 医師の氏名			
		所在地 ,USA	療養を受けた 国名	米国		
	診療又は 手当の内容	診察および処置 (投薬・注射・検査など)		入院 コルセット	自費で診療を受けた期間の始めと終わりの日を記入してください。 日数は診療を受けた日の数を記入してください。	
診療又は手当 を受けた期間	自 令和 4 年 5 月 20 日 至 令和 4 年 5 月 31 日	診療実日数 ( 2 日 )	診療に要した費用の 額(現地の通貨単位)	150 \$		
上記のとおり申請します。			令和 4 年 6 月 3 日	実際に支払った額(領収証の金額)と通貨単位を記入してください。		
住所	東京都大田区羽根田朝日町					
氏名	荏原 太郎					
荏原健康保険組合理事長 殿						

### (注意事項)

- この申請書には療養内容明細書、領収明細書(様式A、B)を添付して下さい。
- 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。

委任状	被保険者 (申請者)	住所	令和 年 月 日
		氏名	
	代理人	住所	

海外送金はできません。  
国内にある口座をご指定ください。

振込先	金融機関名称	みずほ	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫	羽田	<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店
			<input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協		<input type="checkbox"/> 出張所
	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7 8	口座名義 (カタカナ) ケンボ タロウ

※委任状により代理受領する場合は代理人名義の口座(申請者以外の方)を記入。

Form A

# Attending Physician's Statement 診療内容明細書

(様式A)

## 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. Date of birth 生年月日 \_\_\_\_\_ Sex 性別 Male 男 ・ Female 女(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 30 316. 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 \_\_\_\_\_

注意

歯科診療の場合は【様式C】を添付してください。

Form B

# Itemized Receipt 領収明細書

(様式B)

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 \_\_\_\_\_

**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.	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	L.	R.	e	d	c	b	a	a	b	c	d	e	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	

## 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 \_\_\_\_\_