

※ 支 給 額							円
------------------	--	--	--	--	--	--	---

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書

家族 海外療養費

※領収書等の添付書類は原本を提出してください。（パスポートと海外赴任辞令を除く）

被 保 険 者 情 報	① 被保険者等 記号・番号	記号	番号	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください		
	③ 氏 名	(フリガナ)				
	④ 住 所	〒		都・道 府・県	② 生年月日	昭和・平成 年 月 日
	⑥ 事業所名称			⑤ 電話番号 (日中の連絡先)	()	
				⑦ 問い合わせ先 (チェックが無い場合は事 業所へ連絡いたします)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 社労士	

◎【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。

申 請 内 容	⑧ 受診者(どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)				
	⑨ 家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭和・平成 令和	年 月 日	続柄()
	⑩ 傷病名			⑪ 発病又は負傷年月日 (療養開始日)	令和	年 月 日
	⑫ 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	⑬ 第三者行為に よるものですか	はい . いいえ		
			⑭ はいの場合	氏名 住所		
	⑮ 診療を受けた病院等	名称	⑯ 診療した医師の氏名			
		国名	住所			
	⑰ 診療期間(支給期間)	令和	年 月 日 から	令和	年 月 日 まで	(日数 日)
	上記期間の入院・入院外の別		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外			
	⑱ 渡航期間	令和	年 月 日 から	令和	年 月 日 まで	(申請日時時点で) 帰国済み / 滞在中
⑲ 療養に要した費用	(通貨単位:)	⑳ 診療の内容				
㉑ 海外で受診した理由	※治療を目的に渡航された場合は、支給対象外です。 1. 海外赴任 2. 海外赴任に帯同 3. 出張 4. 旅行 5. その他()					

◎振込先欄には被保険者(③欄の方)の口座または、事業所より届出されている口座をご記入ください。

振 込 先	公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は、下記の口座情報の記入は不要です。)				
	金融機関名称	銀行コード	銀行・金庫・信組 農協・その他()		預金種別	普通・当座・その他()
		支店コード	支店・本店・出張所 その他()		口座番号 (右づめで記入)	
	口座名義	カタカナで記入		口座名義区分	被保険者(申請者) <input type="checkbox"/> 事業所の受領代理人 <input type="checkbox"/>	

◎委任状欄は事業所より届出されている口座へ振込みする場合のみご記入ください。

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代理人に委任します。 氏名
	受領代理人	氏名

受付日付印

(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

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

Itemized Receipt 領収明細書

(様式B)

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 ☐ Gingivitis, Periodontitis 歯肉炎, 歯周炎
☐ 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						
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)	DATE			Fee (治療費)
			MO	DA	YR	
Initial Office Visit (初診料)						
X-Ray Examination (レントゲン検査)						
Dental Pulp Extirpation (抜髄)						
Extraction (抜歯)						
Operation (手術)						
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			
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

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

東京都電機健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、_____ は、健康保険組合の職員又は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: Tokyoutodennki Health Insurance Society

I (patient who has received treatment) authorize 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.

