

健康保険 被保険者 家族 海外療養費（医科） 支給申請書

被 保 険 者 情 報	①被保険者証 記号	番号	②事業所名称	
	③氏名 (フリガナ)	(押印不要)	④生年月日	昭・平・令 年 月 日
	⑤住所	〒 -	⑥電話番号 (日中の連絡先)	()
			⑦提出委任	<input type="checkbox"/> 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。

振 込 先	⑧金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	コード番号	⑨預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他()
	⑪口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	コード番号	⑩口座番号	
	⑬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、上記の口座情報の記入は不要です。)			
	⑪口座名義		⑫口座名義区分	<input type="checkbox"/> 被保険者(申請者) <input type="checkbox"/> 代理人	

委 任 状	⑭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。	令和 年 月 日
	⑮代理人 (口座名義人)	住所 氏名	被保険者との関係 ()

申 請 内 容	⑯受診者 (どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	⑰第三者行為によるものですか ※	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	⑱家族の場合は その方の	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日 続柄 ()
	⑲傷病名		⑳発病又は負傷年月日 (療養開始日)	平・令 年 月 日
	㉑発病の原因 および経過	(原因および経過) 1. 病気 2. ケガ →別紙、負傷原因届を併せてご提出ください。		
	㉒診療を受けた病院等	名称	所在地	㉓診療した医師の氏名
	㉔診療期間 (支給期間)	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで (日数 日)		
	㉕上記期間に入院して いた場合はその期間	平・令 年 月 日 から 平・令 年 月 日 まで (日数 日)		
	㉖療養に要した費用 外貨で記入してください	㉗診療の内容		
㉘療養の給付を受ける ことができなかった理由	1. 海外で治療を受けたため(医科)			

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、健康保険組合にご連絡(03-3843-1457)ください。

受付日付印

マイナンバー記入欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、 本人確認をするための添付書類が必要です。

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄

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 30 316. 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 _____

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

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

調査に関する同意書 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 _____

東京電子機械工業 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: Tokyo denshi kikai kougyo 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.

負傷原因届

傷病の原因が負傷(捻挫・打撲・擦傷・打ち身等)の場合は下記に必要事項を記入してください。

診療開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

負傷年月日	① _____ 年 _____ 月 _____ 日 () 1. 出勤日 2. 休日(出勤日以外) 3. その他()
	②午前・午後 _____ 時 _____ 分頃 上記の時間 → 1. 勤務時間中 2. 勤務日の休憩中 3. 出張中 4. 私用中 5. 通勤・帰宅途中(寄り道 あり・なし) 6. その他 ()
負傷したときの状況 (場所・原因)	③ケガ(負傷)した場所はどこでしたか 会社内・路上・駅構内・自宅・その他()
	④ケガ(負傷)した原因で次にあてはまる場合がありますか 交通事故・暴力(ケンカ)・スポーツ中(職場の行事・行事以外) 動物による負傷(飼い主 有・無) ・ あてはまらない
	⑤「上記④」にあてはまる原因がある場合 相手 有 → あなたが被害者 → ※⑦⑧をご記入ください。 無 → あなたが加害者
	※「有」と答えた場合は「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。 (詳しくは東京電子機械工業健康保険組合 医療課にお問い合わせください。)
	⑥何をしようとしたときに、どこを、どう負傷したのか具体的にご記入ください。
負傷原因が第三者行為による場合 (交通事故等)	⑦相手(住所・氏名・連絡先)
	⑧相手との対応(示談等)
上記の負傷について、他の医療機関等での受診の有無	⑨他の医療機関等での受診 → 有・無 ※「有」の場合は以下にもご記入ください。 ・受診 通院(_____ 日) ・ 往療(_____ 日) ・受診した医療機関等 病院 ・ 医院(クリニック) ・ 鍼灸 ・ マッサージ ・受診した医療機関名 (_____)