


# 記入例

① 被保険者の印は、被保険者自ら署名した場合には、当該欄内の押印が必要となります。ただし、受取代理人を定める場合には、当該欄内の押印は不要とします。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号と番号	77 500	② 被保険者氏名 (被保険者死亡の場合は申請者氏名)	電子 太郎 			
	③ 被保険者住所	〒 111-8530 電話 03 ( 3843 ) 1456 東京都台東区雷門1-13-8					
	④ 事業所名称	〇〇電子 株式会社					
	⑤ 療養が被扶養者に関するときはその者の	氏名		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	被保険者との続柄	
	⑥ 傷病名	風邪			⑦ 発病又は負傷の年月日	平成 29 年 4 月 15 日 (負傷の場合は 時頃)	
	⑧ 負傷した場合にのみご記入ください	負傷した場所	何をしている時に、何がどのようにしてどこをケガしましたか				
	⑨ 第三者の行為による傷病ですか	<input checked="" type="checkbox"/> 1: いいえ		<input type="checkbox"/> 2: はい			
	⑩ 診療を受けた病院等	名称	診療内容明細書に記載された名称・所在地をご記入ください				
		所在地					
	⑪ 診療の内容	薬が処方された					
	⑫ 診療の期間(支給期間)	自	平成29年4月15日	1	入院・入院外の別	入院の場合は入院期間	⑬ 診療に要した費用の額 外貨で記入してください
		至	年 月 日	日間	<input checked="" type="checkbox"/> 入院外 <input type="checkbox"/> 入院	自 年 月 日 至 年 月 日	30ドル
	⑭ 海外療養費を申請する理由	<input checked="" type="checkbox"/> 1: 旅行等一時的な渡航 <input type="checkbox"/> 2: 海外勤務 <input type="checkbox"/> 3: 海外在住					

⑮ 受取代理人の欄	私は _____ ⑯を代理人と定め海外療養費の受領方を委任します。 被保険者氏名 (申請者) _____ ⑯
-----------	---

⑯ 支払金融機関の欄	金融機関名	三菱東京UFJ	コード番号	0	0	0	5			
	店名	雷門	コード番号	3	6	9				
	預金の種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	フリガナ	デンシ タロウ								
	口座名義	電子 太郎								

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。(マイナンバーを記載した場合は、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。)

備考欄	
-----	--

## 〔組合記入欄〕

※ 受付日付印

支給額		拾万	万	千	百	拾	円											
支給内訳	法定							資格	得	年	月	日	療	始	年	月	日	日
	付加								喪	年	月	日	日	終	年	月	日	間
										証	年	月	日	交	年	月	日	
療養に要する費用の算定																		
支払い金額による	換算レート	年	月	日	銀行確認	=	円											

# 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...  
この様式は患者の社会保険の給付の申請に必要なですので、
2. This form should be completed and signed by the attending physician...  
この様式は担当医が書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month and one form for hospitalization...  
filled out. 各月毎、入院・入院外毎に付、この様式1枚が

この用紙は、治療を受けられた医療機関で証明を受けていただく書類です。申請書と併せてご提出ください。

## 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(男・女)
2. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance (Please refer to the table attached to this form).  
傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号(別紙参照)  
\_\_\_\_\_ (No. \_\_\_\_\_)
3. Date of First Diagnosis: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 20  
初診日
4. Days of Diagnosis and Treatment: \_\_\_\_\_ days  
診療日数 日間
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  
\_\_\_\_\_

Laboratory Tests 諸検査	Medicines 医薬品	Operation 手術
①	① × days	①
②	② × days	②
③	③ × days	
④	④ × days	
⑤	⑤ × days	

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。 はい いいえ
9. Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending Physician: Fill in Form B  
項目別治療実費 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 \_\_\_\_\_

Address 住所 : Home 自宅 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_

Office 病院又は診療所 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_

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



# Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic

## 担当医又は病院事務長へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.  
この様式は患者の社会保険の給付の申請に
2. This form should be completed and signed by the attending physician or superintendent of hospital/clinic.  
この様式は担当医又は病院事務長が書き、
3. One form for each month and one form for each visit (one form for each month and one form for each visit) should be filled out.  
各月毎、入院・入院外毎に付この様式1枚
4. If not in dollars, please specify the unit used.  
ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いて下さい。

この用紙は、治療を受けられた医療機関で証明を受けていただく書類です。申請書と併せてご提出ください。

## 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	職業看護婦費	\$	
(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.
	× days	\$	
	× days	\$	
	× days	\$	※ 処方した個々の薬の名称と量を記入してください。
	× days	\$	
	× days	\$	
(12) Surgical Dressing	包帯費	\$	
(13) Anaesthetics	麻酔費	\$	
(14) Operating Room Charge	手術室費用	\$	\$
(15) Others (Specify)	その他(項目明記)	\$	\$
			Unit is
(16) Total	合計	\$	貨幣単位

Imp: Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e., payment for a luxurious room charge.

注: 高級室料等治療に直接関係のないものは除いて下さい。

Name and Address of Attending Physician/Superintendent of Hospital or Clinic

担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name 名前: Last 姓 First 名 Title 称号

Address 住所: Home 自宅 Phone 電話

Office 病院又は診療所 Phone 電話

Date 日付

Signature 署名



## 調査にかかる同意書 Agreement of Authorization

東京電子機械工業健康保険組合 御中

私(療養を受けた者) 電子 太郎 は、貴組合の職員または貴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。

To: **Tokyo Electronics Industry Health Insurance Association**

I (patient who has received treatment) authorize Tokyo Electronics Industry Health Insurance Association 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.

患者(patient)

患者名(Name of patient) 電子 太郎

住所(Address) 台東区雷門1-13-8

生年月日(Date of birth) Year 1974 Month 6 Day 1

### 署名・押印欄 Signature

署名・押印は、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・押印してください。

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) 電子 太郎 

住所(Address) 台東区雷門1-13-8

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)【      】

日付(Date) Year 2017 Month 5 Day 1

※ 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.