

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

(申請日) 年 月 日

被保険者(申請者)情報	記号	番号	所属
	被保険者		
	氏名	(フリガナ)	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 (歳)
	住所	(〒 -) (都 道 府 県)	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		

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下記の代理人に委任します。 氏名	令和 年 月 日
	代理人(口座名義人)	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ 住所 (〒 -) TEL () 氏名 (フリガナ)	

◆受領を委任される場合は下記振込先指定口座へご記入ください。

振込先指定口座	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 (その他) ()	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	口座番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	口座名義の区分 代理人

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

<支給決定伺>

この申請書は2枚1組となります。両面印刷にてご利用ください。

(R8.4)

常務理事	事務長	係
資格取得	昭・平・令	年 月 日 取得
資格喪失	令和	年 月 日 喪失
支給年月日	令和	年 月 日
レート		
総医療費		円
支給金額		円

受付日付印	支払日付印
-------	-------

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"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		
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	令和 年 月 日
4 発病の原因および経過(詳しく)	<input type="checkbox"/> 1. 病気 (原因および経過) 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。		
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	(令和) 年 月 日	から	年 月 日 まで 日数 日
6 - ①上記の期間に入院していた場合は、その期間	(令和) 年 月 日	から	年 月 日 まで 日数 日
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	(1) 受診者の海外渡航期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ※海外渡航期間が確認できる書類として、以下のいずれかの書類を添付してください。 ・パスポートの写し(①氏名、顔写真と②当該期間の出入国スタンプのページ) ・査証(ビザ)の写し(氏名と有効期限が記載されたもの) ・航空券の写し(eチケットの控えを含む) (2) 診療を受けた期間における海外渡航(滞在)の理由を選んでください。 <input type="checkbox"/> 海外勤務(同行家族を含む) <input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> その他 []		

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN (HEALTHCARE PROVIDER)

医師(療養担当者)記入用

Request to the Attending Physician

担当医へのお願い

- Please fill out this form so that the patient may claim health insurance benefits.
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 for each hospitalization / outpatient visit (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。

Form A
様式 A

Attending Physician's Statement
診療内容明細書

1. Name of Patient (Last, First)

患者名 _____

Sex

性別

Male

Female

Date of Birth (D / M / Y)

生年月日 _____

Medical Record Number 診療録番号

2. Name of Illness or Injury, Preferably with the International Classification of Diseases Number

For Health Insurance Purposes. (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 Initial Visit (D / M / Y)

初診日 _____

4. No. Days of Visit/Treatment

診療日数 _____ days

5. Type of Treatment

治療の分類 (D / M / Y)

Hospitalization From _____ / _____ / _____ to _____ / _____ / _____ (_____ days)
入院 自 _____ / _____ / _____ 至 _____ / _____ / _____ (_____ 日間)

Outpatient or Home Visit _____ / _____ / _____ . _____ / _____ / _____
入院外 _____ / _____ / _____ . _____ / _____ / _____

6. Nature of Illness or Injury (in brief)

病状の概要

7. Prescription, Operation and Any Other Treatments (in brief)

処方、手術その他の処置の概要

8. Was treatment required as a result of accidental injury? _____ Yes No

治療は事故の傷害によるものですか?

9. Breakdown of Medical Expenses Paid to Hospital and / or Attending Physician : Please fill out 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

ATTENDING PHYSICIAN INFORMATION 担当医情報欄

Medical Institution Name: (医療機関名)

Address: (住所)

Name of Physician: (担当医名)

Title: (称号)

Signature: (署名)

Phone: (電話)

Date Completed: (作成年月日)

様式 A 邦訳

2. 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

6. 病状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

翻訳者

住所

氏名

⑩

電話

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN (HEALTHCARE PROVIDER)

医師(療養担当者)記入用

Request to Attending Physician

担当医へのお願い

- Please fill out this form so that the patient may claim health insurance benefits.
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 for each hospitalization / outpatient visit (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。

Form B
様式 B

Itemized Receipt
領 収 明 細 書

1. Initial Office Visit	初 診 料	_____
2. Follow-Up Office Visit	再 診 料	_____
3. Home Visit	往 診 料	_____
4. Hospitalization	入 院 費	_____
5. Consultation	診 察 費	_____
6. Operation	手 術 費	_____
7. Nursing Fee	職 業 看 護 師 費	_____
8. X-Ray Examination	X 線 検 査 費	_____
9. Tests Performed *検査内容を記入	諸 検 査 費	_____
*Please provide details below		

10. Medications *薬品名・投与量を記入	医 薬 費	_____
*Please provide the name and dosage for each medication		

11. Treatments/Procedures	処 置 費	_____
12. Surgical Dressings	包 帯 費	_____
13. Anesthetics	麻 酔 費	_____
14. Operating Room Charge	手 術 室 費 用	_____
15. Other (Please specify)	そ の 他 (特 記 せ よ)	_____

16. Total	合 計	_____

Currency Unit

通貨単位

IMPORTANT : Exclude any irrelevant costs to the treatment, i.e., payment for private/deluxe room.

注意 : 特別室料等、治療に直接関係のないものは除いてください。

ATTENDING PHYSICIAN INFORMATION 担当医情報欄

Medical Institution Name: (医療機関名)

Address: (住所)

Name of Physician: (担当医名)

Title: (称号)

Signature: (署名)

Phone: (電話)

Date Completed: (作成年月日)

様式 B 邦訳

9. 諸検査費の内訳(諸検査の内容)

10. 医薬費の内訳(薬の名称、量)

15. 特記事項

翻訳者

住所

氏名

印

電話

同意書 Agreement of Authorization

日本トランスシティ健康保険組合 御中

To Japan Transcity Health Insurance Association

海外療養費支給申請書類にある事実(療養を受けた日時、場所、診療内容等)を確認するため、申請書類の提供等によって、診療等行為を行った方に照会を行い、当該者からその照会内容について情報提供を受けることに同意します。

I consent to the verification of the details stated in my application for overseas medical expenses reimbursement, including the date, location, and content of the medical treatment received. This verification may involve providing the submitted documents to the relevant medical institution or practitioner for confirmation, and obtaining necessary information from them regarding the inquiry.

署名日 Date of Signature : _____ 年 _____ 月 _____ 日

●療養を受けた方の署名欄 Signature Field for the Person Who Received Medical Treatment

療養を受けた方の署名は、原則、本人が行ってください。

なお、代理人が署名した場合は、下記の代理人の署名欄にも署名をお願いいたします。

Please ensure that the signature for the person who received medical treatment is primarily provided by the individual themselves. However, if a representative signs on behalf of the individual, please also sign in the designated 'Representative Signature Field' below.

患者氏名 Patients Name : _____

生年月日 Date of Birth : _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 Address : _____

●代理人の署名欄 Representative's Signature Field

氏名 Name : _____

住所 Address : _____

療養を受けた者との関係 Relationship to the Person Who Received Medical Treatment

- 親権者 legal guardian
(本人が未成年の場合 if the person is a minor)
- 成年後見人 adult guardian
(本人が成年被後見人の場合 if the person is an adult ward)
- 法定相続人 statutory heir
(本人が死亡している場合 if the person is deceased)
- その他 others (_____)