1 2 各種様式

# 健康保険 海外療養費（医科）支給申請書

被保険者（申請者）記入用

下記のとおり海外療養費を支給申請します。　　年　　月　　日

| 被保険者（申請者）情報 | | | |
|---|---|---|---|
| 被保険者等記号・番号 | 記号 | 番号 | 記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください |
| 氏名 | （フリガナ）<br>必ず自署してください | 生年月日 | □ 昭和<br>□ 平成　年　月　日<br>□ 令和 |
| 住所 | （〒　－　）　都 道 府 県 | | |
| 電話番号（日中の連絡先） | TEL　（　） | | |

□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

給付金は事業所を経由して支給します。以下、受取代理人の欄をご記入ください。
※任意継続被保険者の方は登録口座へお振込となりますので、記載は不要です

| 受取代理人の欄 | | | |
|---|---|---|---|
| 被保険者（申請者）<br>※被保険者記入 | 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。<br>年　月　日<br>氏名 | 住所　「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ | |
| 代理人（口座名義人）<br>※事業所記入 | （〒　－　）　TEL　（　）<br>住所<br>（ﾌﾘｶﾞﾅ）<br>氏名 | | 委任者と代理人との関係 |

| 社会保険労務士の提出代行者名記載欄 | |
|---|---|

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

受付日付印

| 常務理事 | 事務長 | 担当 |
|---|---|---|
| | | |

# 健康保険 海外療養費（医科）支給申請書

被保険者（申請者）記入用

| 被保険者氏名 | |
|---|---|

**申請内容**

| | |
|---|---|
| 1 受診者 | □ 1. 被保険者　2. 家族（被扶養者）　続柄：（　　） |
| 1 - ①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 |
| 2 傷病名 | 3 発病または負傷年月日　年　月　日 |
| 4 発病の原因および経過（詳しく） | □ 1. 病気（原因および経過）<br>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<br>名称 / 所在地 / 診療した医師等の氏名 |
| 6 診療を受けた期間 | 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 | 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　年　月　日 ～ 年　月　日<br>※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。<br>・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）<br>・査証（ビザ）の写し（氏名と有効期限が記載されたもの）<br>・航空券の写し（eチケットの控えを含む）<br>（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。<br>□海外勤務（同行家族を含む）<br>□旅行<br>□留学<br>□その他（　　） |

【添付書類】
① 診療内容明細書（様式Ａ）　② 領収明細書（様式Ｂ）
③ ①と②の日本語訳（様式Ａ翻訳・様式Ｂ翻訳）　④同意書（様式Ｄ）
⑤ 領収書及びその日本語訳　⑥受診者の海外渡航期間が確認できる書類

各種様式は次ページに続きます。〉〉〉

京三製作所健康保険組合



（2025.2）

Form A
様式A

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

1. 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。
2. 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。
3. 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。

# 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
   傷病名
   _____

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　翻訳

2．傷病名

6．病状の概要

7．処方、手術その他の処置の概要

【翻訳者】

翻 訳 日：　　年　　月　　日

住　所：

氏　名：　　（自署）

電話番号：

Form B
様式B

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

1. 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。
2. 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。
3. 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。

## 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 | 諸　検　査　費 | |
| *Please provide details below　＊検査内容を記入 | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 10. Medications　*薬品名・投与量を記入 | | |
| *Please provide the name and dosage for each medication | 医　薬　費 | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 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<br>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　翻訳

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】

翻 訳 日：　　年　　月　　日

住　所：

氏　名：　　（自署）

電話番号：

様式D

# 同　意　書

健康保険法に基づく療養費の支給決定を行うにあたり、京三製作所または京三製作所健康保険組合が委託した事業者が、海外療養費支給申請書類にある事実(療養行為を行った日時、場所、療養内容等)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。

※照会が複数となる場合は、本同意書の写しも有効とさせていただきます。

京三製作所健康保険組合　理事長殿

署名は、療養を受けた者（患者）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。

● 療養を受けた者（患者）の署名欄

署 名 日 ：　　年　　月　　日

患者氏名：　　（自署）

生年月日：　　年　　月　　日

住　所　：

● 代理人の署名欄

氏名：　　（自署）

住所：

療養を受けた者（患者）との関係：
☐ 親権者（療養を受けた者が未成年の場合）
☐ 法定相続人（療養を受けた者が死亡している場合）
☐ その他（　　）