

健康保険 海外療養費(医科) 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

申請書は、黒のボールペン等の消えないペンでご記入ください

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
	被保険者等 記号・番号 (右づめ)						
	氏名	(フリガナ)					
	住所	(〒 -) (都 道 府 県)					
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()					
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)							

同意書	療養を受けた海外の医療機関等に海空運健康保険組合が文書等により当申請内容を照会することに同意します。
	被保険者氏名 _____

振込先指定口座	すでに届け出している口座に変更がない場合は記入不要です。					
	金融機関名称	ゆうちょ銀行	口座の 記号-番号 (左づめ)	1 0 1	の	1
	口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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。				

委任状	※給付金の受取を受取代理人に委任する場合のみ下記にご記入ください。
	受任者サイン

※申請は各月毎、医療機関毎、入院・外来毎に分けて下さい。

※支給決定後の、領収書の原本の返却、コピーのお渡しはできません。

※支給額は、日本国内の健康保険での治療を基準として算定された額、又は実際に支払った額のどちらか少ない方の7割(6歳未満は8割)相当額になります。

【申請書類】

医科の診療の場合

海外療養費支給申請書(医科)

診療内容明細書(様式A)、診療内容明細書(様式A)邦訳

領収明細書(様式B)、領収明細書(様式B)邦訳

領収書

渡航証明書類*

*渡航証明書類は2ページ「9 受診者の情報(1)」をご参照ください

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士
の提出代行者名
記載欄

※組合
使用欄

枚

受付日付印

健康保険 海外療養費(医科) 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者等
記号・番号

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)

1 - ①家族の場合はその方の
氏名・生年月日

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

令和 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)

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
名称・所在地・医師等氏名

名称

所在地

診療した医師等の氏名

国名

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

年 月 日

から

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

年 月 日

から

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

 診察 検査 注射 投薬 その他(*具体的に _____)

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。

 海外勤務(同行家族を含む) 旅行 留学 その他 [_____]

※組合記入欄

疾病コード

支給決定額

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 AAttending 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

電話

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

電話

主治医师填写文件
担当医へのお願い

1. 本文件是患者申请健康保险时的必要证明文件, 请您填写。
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. 这份文件需要主治医师填写, 附带签名。
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
3. 本文件按照每月一次或者门诊, 住院来划分, 各需要填写此文件一份。
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。

表格 A
様式 A

診療内容明細書

1. 患者姓名	性別
患者名 _____	性別 男 ・ 女
出生日期 (日 / 月 / 年)	病历号码 診療録番号
生年月日 _____	_____
2. 疾病名称或者国际疾病分类编号 (请参考本表附带的国际疾病分类编号表)	
傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号 (No. _____)	

3. 初診日 (日 / 月 / 年)	
初診日 _____	
4. 就诊天数	
診療日数 _____ 天	
5. 治疗种类	
治療の分類 (日 / 月 / 年)	
<input type="checkbox"/> 住院	从 _____ / _____ / _____ 到 _____ / _____ / _____ (_____ 日)
入院	自 _____ / _____ / _____ 至 _____ / _____ / _____ (_____ 日間)
<input type="checkbox"/> 门诊(住院以外的诊疗)	_____ / _____ / _____ . _____ / _____ / _____
入院外	_____ / _____ / _____ . _____ / _____ / _____
6. 症状概要(简要)	
病状の概要	

7. 处方, 手术治疗或者其他治疗方法(简要)	
処方、手術その他の処置の概要	

8. 是否由于意外事故而产生的治疗? _____ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
治療は事故の傷害によるものですか?	
9. 支付给医疗机构或者主治医师的医疗费用明细: 请填写表格 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	
主治医师信息栏 担当医情報欄	
医疗机构名称: (医療機関名)	

地址: (住所)	

主治医师姓名: (担当医名)	
主治医师职称: (称号)	

签名: (署名)	电话: (電話)
_____	_____
表格填写日期: (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

電話

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

電話