

海外療養費を申請される皆様に

- 1 被保険者および被扶養者が海外に在住または旅行等で滞在中に負傷したり疾病にかかった場合の費用については、国内における保険診療の範囲で償還されます。
療養の目的で海外に出向き、療養を受けた場合は支給の対象になりません。
- 2 償還手続きに必要な書類
健康保険被保険者・家族療養費支給申請書
医科診療（様式 A・B） 歯科診療（様式 A・B・C）
医科診療（様式 A・B 邦訳） 歯科診療（様式 A・B・C 邦訳）
領収書原本
渡航の事実等が確認できる書類（パスポート等）の写し
海外の医療機関等に照会を行うことの同意書
については必要と判断した場合にご提出いただきます
- 3 様式 A・B・C 共に各月ごと、入院・外来ごとに 1 枚ずつ証明してもらってください。
例：4 月に外来患者として通院し、途中で入院、翌月の 5 月半ばに退院した場合、外来分 1 枚、入院分 2 枚を必要とします。
- 4 様式 A の 2.6.7. 欄と様式 B の (10)(11)(15) 欄および様式 C の治療の分類欄については、各邦訳様式に沿って記入作成し訳者の住所・氏名等を書いてください。訳者が申請者本人の場合も記名してください。
- 5 申請はすべて事業主を経由してください。（退職者・任意継続者除く）
- 6 健康保険組合では海外送金は行っておりません。
事業主等が代理受領することとなる為、事業所と連絡を取るようになしてください。
- 7 償還の請求は、医師または病院等に費用の支払をした日の翌日から数えて 2 年を経過すると出来なくなるのでご注意ください。



同 年 月 日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	課長	係長	係
支 払 年 月 日	令和 年 月 日					
支 給 額	拾万 万 千 百 拾 円					
支給内訳	拾万 万 千 百 拾 円	資 得	年 月 日	療 始	年 月 日	日間
	備 考	格 喪	年 月 日	療 終	年 月 日	日間
支給払 決議書	種 別	請 求	査 定	種 別	請 求	査 定
					合 計	
					一 部 負 担	

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (第 回目)

「記入上の注意」

1. 診療を受けたのではなく薬剤の支給だけを受けた場合と医師以外の者から手当を受けた場合は、診察費の受領を他人に委任する場合、および給付金を直接受領する見込みのある場合は、それぞれ該当の欄に記入押印して提出して下さい。
2. 給付金の受領を他人に委任する場合、および給付金を直接受領する見込みのある場合は、それぞれ該当の欄に記入押印して提出して下さい。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の 記号と番号	第 号	事業所の 名称と所在地	
	傷 病 名		発病又は 負傷の年月日	年 月 日 (負傷の場合は 時 頃)
	発病又は 負傷の原因			
	傷病の経過			
	診療を受けた 病 院 の	名 称	所在地	
	診療に従事 した医師の	氏 名	住 所	
	診療の内容			
	診療の期間	自 年 月 日 至 年 月 日	入院・入院外 の別 0:入院外 1:入院	入院の場合は入院期間 自 年 月 日 日間 診療に要した費用の額 金 円也
	療養の給付を 受けることができ なかった理由			
	第三者の行為 によって負傷 したもので あるか否か	ある ない	第三者の 行為によ って負 傷した は	その事実の届出の有無 ある・ない 第三者の氏名と住所 (不明のときはその旨)
申請書が被扶養 者に関するときは その者の	氏 名	① 生年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日生 被保険者 との続柄	
上記のとおり申請いたします。 (郵便番号) 住所 被保険者の 氏 名			令和 年 月 日 印	

委 任 状	私は下記の者を代理人と定め、療養費 (家族療養費)の受領を委任します。 住 所 本 人 氏 名 令和 年 月 日
	住 所 代 理 人 氏 名

令和 年 月 日提出
受付日付印

振込希望の金融機関(資格喪失後の受給者のみ)	
銀行・信金・信組	支店 普通・当座()
フリガナ	
口座名義	

担当医が記入するところ	患者氏名			傷病名		
	発病又は負傷年月日	年	月	日	入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	コルセット又は生血を必要とする理由 (生血の場合必要量)				コルセット又は生血を必要と診断した日	年 月 日
					コルセット装着年月日	年 月 日
令和 年 月 日		医療機関	所在地	名称		
		医師名		印		

領収(診療)明細書

患者名		傷病名	
-----	--	-----	--

入院外				入院			
初診	時間外・休日・深夜	回		初診	時間外・休日・深夜	回	
再診	再診	×	回	投薬	内服		単位
	外来管理加算	×	回		屯服		単位
	時間外	×	回		外用		単位
	休日	×	回		調剤		日
指導	深夜	×	回	麻毒基		日	
	在宅			注射	皮下筋肉内	回	
在宅	夜間		回	静脈内	回		
	深夜・緊急		回	その他	回		
投薬	在宅患者訪問診療		回	処置	薬剤	回	
	その他			手麻酔	薬剤	回	
	薬剤		回	検査	薬剤	回	
	内服	薬剤	×	画診	薬剤	回	
注射	屯服	薬剤	単位	その他	薬剤	回	
	外用	薬剤	単位	入院年月日	年	月	日
	処方	薬剤	×	病診衣	入院料	×	日間
	麻毒基	薬剤	×		入院料	×	日間
処置	麻毒基	薬剤	×		入院料	×	日間
	麻毒基	薬剤	×		入院料	×	日間
手麻酔	麻毒基	薬剤	×		入院料	×	日間
	麻毒基	薬剤	×		入院料	×	日間
検査	麻毒基	薬剤	×		入院料	×	日間
	麻毒基	薬剤	×		入院料	×	日間
画診	麻毒基	薬剤	×		入院料	×	日間
	麻毒基	薬剤	×		入院料	×	日間
その他	麻毒基	薬剤	×		入院料	×	日間
	麻毒基	薬剤	×		入院料	×	日間
合計			円	合計			円

(備考)すでに申請の対象となる費用について領収証明を発行しているときは、「領収」の字句を消し、「診療明細書」として所定の事項を記入して下さい。
(添付書類についての注意)
歯科診療に関する申請のときは、別の領収証書をつけて下さい。
輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」及び「血液代金の領収証書」をつけて下さい。
コルセット・ギプス・義肢等に関する申請のときは、それらの「装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書」及び「実費に
ついての領収証書」をつけて下さい。
海外における療養費の申請のときは、「診療内容明細書」及び「領収明細書」をつけて下さい。
なお、証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。
東京都金属プレス工業健康保険組合

上記のとおり領収(診療)いたしました。
令和 年 月 日

住所
医師の 氏名

印

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 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。
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 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。

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
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 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

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。
9. Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending Physician : Fill in 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
10. Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所
Name Last(姓) First(名) Title(称号)
Address Home(自宅) Phone(電話)
 Office(病院または診療所) Phone
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 _____

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. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

翻訳者

住所

氏名

㊞

電話

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 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。
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 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。

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 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. **処方した個々の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(Specify)	そ の 他 (特 記 せ よ)		\$ _____	
			\$ _____	
			\$ _____	
(16) Total	合 計		\$ _____	Unit is _____ 通貨単位

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment. i. e, payment for a luxurious room charge.
注意： 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	Last(姓)	First(名)	Title(称号)
Address	Home(自宅)		Phone(電話)
	Office(病院または診療所)		Phone
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 _____

様式B 邦訳

(10) 諸検査費の内訳(諸検査の内容)

(11) 医薬費の内訳(薬の名称、量)

(15) 特記事項

翻訳者

住所

氏名

印

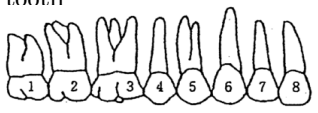



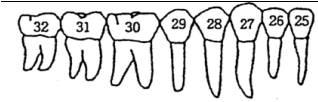
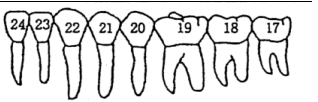

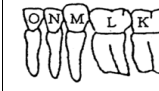
電話

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。

Form C
様式C

Attending Dentist's Statement
歯科診療内容明細書

1. Name of Patient(Last, First) 患者名 _____	Age(Date of birth) 年齢(生年月日) _____	Sex (Male · Female) 性別 _____
2. Date of first Diagnosis 初診日 _____	3. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days	
Permanent tooth		Primary tooth
(Upper) (RIGHT)  (LEFT)		(RIGHT)  (LEFT) 
(Lower) (RIGHT)  (LEFT)		(RIGHT)  (LEFT) 

Type of Treatment 治療の分類

Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Date			Fee 治療費
		MO.	DA.	YR.	
Initial Office Visit 初診料					
X-Ray Examination レントゲン検査					
Dental Pulp Extirpation 抜髄					
Operation 手術					
Extraction 抜歯					
Filling 充填					
Inlay インレー					
Metal Crown 金属冠					
Post Crown 継続歯					
Jacket Crown ジャケット冠					
Bridge Work ブリッジ					
Plate Denture 有床義歯					
Partial Denture 局部義歯					
Complete Denture 総義歯					
Treatment of Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏処置					
Medicine 投薬					
The Others その他					
Total 合計					

Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

Name Last(姓) _____ First(名) _____ Title(称号) _____

Address Home(自宅) _____ Phone(電話) _____

Office(病院または診療所) _____ Phone _____

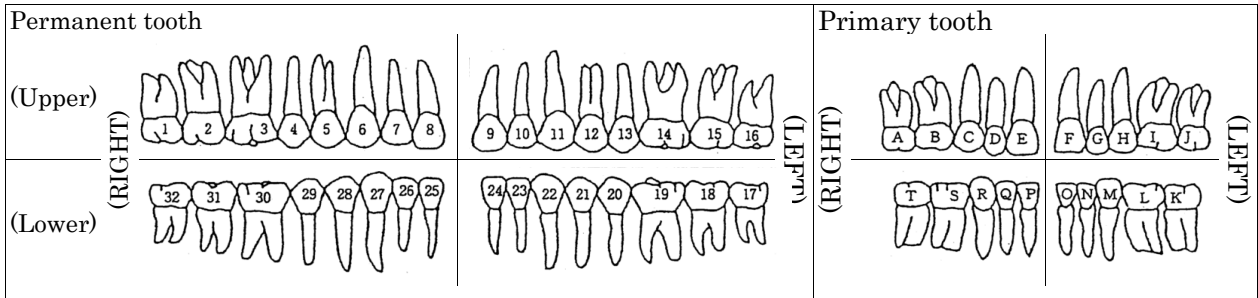
Date(日付) _____ Signature(署名) _____

Attending Physician(担当医)

Reference Number of your Medical Record(if applicable)

診療録の番号 _____

様式C 邦訳



治療の分類

歯科治療	患歯部位	日付			治療費
		月	日	年	
初診料					
レントゲン検査					
抜髄					
手術					
抜歯					
充填					
インレー					
金属冠					
継続歯					
ジャケット冠					
ブリッジ					
有床義歯 局部義歯 総義歯					
歯槽膿漏処置					
投薬					
その他					
合計					

翻訳者

住所

氏名

印

電話