

受付年月日	年	月	日
同年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日
支給額	円		

記入例

支給支払決議書			
常務理事	事務長		扱者
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
支払年月日	年 月 日		

社会保険委員
の点検済印

届書コード	処理区分	届書	処理区分	1.立替払等 2.治療用器具 5.生血
300				

健康保険 被保険者 家族 海外療養費支給申請書 (第 回 目)

被保険者証の記号・番号		④ 生年月日	⑤ 被扶養者番号	⑥ 給付記録番号	⑦ 受取代理人	⑧ 受付年月日
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
		1	8910	370220	0	※ 年 月 日
⑨ 被保険者の(申請者)氏名と印		⑦ 名称		⑧ 送信		
健保 太郎		〇〇〇〇株式会社		〇〇〇		
被保険者の(申請者)住所		① 所在地		⑨ (電話番号)		
⑩ 郵便番号		東京都〇〇市△△1-2-3		〇〇〇 (123) 4567		
療養が被扶養者に関するときは、その者の氏名		⑤ 生年月日	④ 被保険者との続柄		⑥ 傷病名	
該当せず		明治 該 年 当 月 せ ず 日 生	該当せず		骨折	
⑫ 傷病コード		⑬ カナ		⑭ 発病または負傷年月日(療養開始日)		⑮ 第三者行為によるものですか。
※		※		〇〇〇312		0:いいえ 1:はい
⑯ 発病または負傷の原因及びその経過		⑰ 診療を受けた病院等		⑱ 診療した医師氏名		
階段から落ちて指の骨を折った		△△△病院		〇〇〇・×・△△△		
⑰ 診療の期間(支給期間)		⑱ 所在地		⑲ 入院の場合左記の入院期間		
自 年 月 日		ニューヨーク州〇〇〇〇		⑳ 診療に要した費用の額		
至 年 月 日		⑳ 入院・入院外の別		〇〇,〇〇〇ドル		
㉑ 診療の内容		㉒ 療養の給付を受けることができなかった理由		㉓ 海外旅行中であったため		
医療費の助成について		1.受けている ()		2.受けていない		

◎「※」印欄は記入しないでください。


支払金融機関の欄	⑱ 支払区分	⑲ 預金種別	⑳ 口座名義	㉑ 支店等意見
	1:振込	1:普通	〇〇 銀行 △△ 本店支店	
	⑲ 金融機関コード	⑳ 口座番号	健保 太郎	
	1234567			

受取代理人の欄	㉒ 本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		平成 年 月 日
	被保険者の住所(申請者)氏名		印
	㉓ 代理人の氏名と印	㉔ 委任者と代理人の関係	
	代理人の住所	㉕ 郵便番号	㉖ 住所コード

平成〇〇年 3 月 30日提出

受付日付印

Form A
様式 A

被保険者証の記号・番号			⑨ 被保険者の (申請者) 氏名と印	(フリガナ) ケンボ タロウ
①	②	③	1 8 9 1 0	健保 太郎
				

1. This form is used for claiming the social insurance benefit.
この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。
2. This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が書き、かつ署名してください。
3. One form for each month, one form for hospitalization/outpatient and home visit.
各月ごと、入院・入院外ごとにつきこの様式が1枚必要です。

Attending Physician's Statement 診療内容明細書

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 Number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance (See the other side of this form)
傷病名および社会保険表適用国際疾病分類番号 (裏面参照)
3. Date of First Diagnosis : _____, 20____
初診日
4. Days of Diagnosis and Treatment : _____ days
診療日数
5. Type of Treatment
治療の分類
 Hospitalization : From _____, 20____ to _____, 20____ (days)
入院 自 _____ 至 _____ (日間)
 Out patient or Home Visit : _____, 20____, _____, 20____
入院外 _____, 20____, _____, 20____
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。 はい いいえ
9. Itemized amounts paid to Hospital and/or Attending physician : From B
治療実費 様式 B
10. Name and Address of Attending Physician
担当医の名前および住所
Name 名前 : Last 姓 First 名
Address 住所 : Home 自宅 Phone
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 _____

被保険者証の記号・番号			⑨ 被保険者の (申請者) 氏名と印	(フリガナ) ケンボ タロウ
①	②	③	1 8 9 1 0	健保 太郎
				(印)

Itemized Receipt
領収明細書

(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	\$	_____
(11)	Medicines	医薬費	\$	_____
(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	\$	_____

医療機関が記入

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

注 意 : 高級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 / Superintendent of Hospital or Clinic

担当医または病院事務長の名前および住所

Name	:	Last	First	Title
名前		姓	名	
Address	:	Home 自宅	Phone	
		Office 病院または診療所	Phone	

Date	_____	Signature	_____
日付		署名	

■邦訳 (A)

2. 傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号

6. 症状の概要

翻訳者が記入

7. 処方、手術その他の処置の概要

翻訳者記入欄	
名前	印
住所	電話 _____

■邦訳 (B)

15. その他 (項目明記)

翻訳者が記入

翻 訳 者 記 入 欄	
名 前	①
住 所	電 話 _____