# 健康保険 療養費支給申請書（海外療養費）

**被保険者記入欄**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 保険証の記号・番号 | － | | 事業所名 | | |
| 受診者氏名 | | | 生年月日 | □昭和 □平成 年 月 日 □令和 | 続柄 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 発病または負傷の原因<br>※不明な場合はおおよそで構いません<br>※空欄、不明だと受理不可 | 傷病名 | | 発症または負傷年月日 | 令和 年 月 日 |
| | どこで | | | |
| | 何をしていて | | | |
| | 確認事項<br>該当に☑ | 海外滞在理由<br>□ 海外勤務（同行家族含む）<br>□ その他（ ） | 第三者の行為によるものですか？<br>はい □ いいえ □<br>「はい」は負傷原因届の添付が必要 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 医療機関等の情報 | 診療を受けた期間 | 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 | | |
| | 診療を受けた国 | | 療養に要した費用の額 | 通貨単位(例:ドル)<br>( ) |
| | 名称 | | 医師名 | |
| | 所在地 | | | |

上記のとおり請求します。
また、事業主に給付金の受領に関する権限を委任します。（給与と併せて支給／支給日：事業所の給与支給日）

令和 年 月 日 住 所

氏 名

TEL

※遺族による申請の場合は続柄が確認できる書類を添付ください

**受診者記入欄**

私（受診者）は、TOPPANグループ健康保険組合が、支給決定に際し必要な場合、海外療養費申請書類にある事実を確認するため、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、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

**Agreement of Authorization and Signature**

I authorize Toppangroup health insurance society to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment,place,and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms.

日付(Date) Year Month Day

受診者氏名
(Name of patient)

住所
(Address)

**添付書類**

【注意】申請は1件につき1枚必要です。複数月や支払先が複数の場合は分けて申請してください。

- □ 診療内容明細書（FormA）
- □ 診療内容明細書（FormA）の翻訳文
- □ 領収明細書（FormB）
- □ 領収明細書（FormB）の翻訳文
- □ 領収書の原本
- □ 渡航した事実が確認できるパスポート、航空券等の写し ※海外勤務者・同行家族は不要

| 健保組合 | | |
|---|---|---|
| 決裁 | 処理 | |
| | | |

| 健保受付 |
|---|
| |

| 事業所 | |
|---|---|
| 責任者 | 担当者 |
| | |

*TGK 2023.10*

**【FormA】** 海外療養費（医科・歯科）

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 socila insurance benefit.
この様式は患者の社会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書き、かつ署名して下さい。

3．One form for each month and one form for hospitalization/outpatient(home visit) should be filled out.
各月毎、入院・入院外毎につき、この様式が1枚が必要です。

4．Separate receipt required for prescriptions.
薬材料は別に処方箋を添付のこと。

## Attending Physician's Statement（診療内容明細書）

**1 Name of patient(Last,First)**
患者名 _____

**Sex(Male.Female)**
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 Number of International Classification of Diseases for the use of Health Insurance**
傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号 _____ (No. )

**3 Date of First Diagnosis ( D / M / Y )**
初診日 ____ / ____ / ____

**4 Days of Diagnosis and Treatment**
診療日数 ____ **days**

**5 Type of Treatment ( D / M / Y )**
治療の分類

☐**Hospitalization** **From** ____ / ____ / ____ **to** ____ / ____ / ____ ( **days**)
入院

☐**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?**
治療は事故の傷害によるものですか？ ☐Yes ☐No

**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：Form 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） ____ / ____ / ____

*TGK 2023.10*

# Attending Physician's Statement（診療内容明細書）

**2　Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of Diseases for the use of Health Insurance**

傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

**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

**翻訳者**

**住所**

**氏名**

**電話**

# Itemized Receipt （領収明細書）

| | Head 項目 | | Fee 料金 | Monetary Unit 通貨単位 |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Initial Office Visit | 初診料 | | |
| 2 | Follow-Up Office Visit | 再 診 料 | | |
| 3 | Hospitalization | 入院費 | | |
| 4 | Medicines | 投薬 | | |
| | ① | | | |
| | ② | | | |
| | ③ | | | |
| | ④ | | | |
| | ⑤ | | | |
| 5 | Injection | 注射 | | |
| 6 | Treatment | 処置 | | |
| 7 | Operation | 手術費 | | |
| 8 | Laboratory Tests | 検査 | | |
| | ① | | | |
| | ② | | | |
| | ③ | | | |
| | ④ | | | |
| | ⑤ | | | |
| 9 | X-Ray Examination | X 線検査 | | |
| 10 | Others | その他 | | |
| | ① | | | |
| | ② | | | |
| | ③ | | | |
| | ④ | | | |
| | ⑤ | | | |
| | Total 合計 | | | |

**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） / /

*TGK 2023.10*

# Itemized Receipt （領収明細書）

**4 Medicines**

投薬の内訳（薬の名称、量）

**8 Laboratory Tests**

検査の内訳（諸検査の内容）

**10 Others**

その他（特記事項）

**翻訳者**

**住所**

**氏名**

**電話**