

## 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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	続柄		
	発病または 負傷の原因	傷病名			発症または 負傷年月日	令和	年	月	日		
		どこで									
	※不明な場合は おおよそで 構いません	何をしています									
	※空欄、不明だと 受理不可	確認事項 該当に <input checked="" type="checkbox"/>	海外滞在理由			第三者の行為によるものですか？					
			<input type="checkbox"/> 海外勤務（同行家族含む） <input type="checkbox"/> その他（ ）			はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 「はい」は負傷原因届の添付が必須					
	医療機関等 の情報	診療を 受けた国			療養に要した 費用の額	通貨単位(例:ドル) ( )					
		名称				医師名					
		所在地									
トッパングループ健康保険組合理事長 殿 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、トッパン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。									
	<b>Agreement of Authorization and Signature</b> 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	<b>【注意】</b> 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。									
	<input type="checkbox"/> 診療内容明細書 (FormA)		<input type="checkbox"/> 診療内容明細書 (FormA) の翻訳文		<input type="checkbox"/> 領収明細書 (FormB)		<input type="checkbox"/> 領収明細書 (FormB) の翻訳文			
<input type="checkbox"/> 領収書の原本										
<input type="checkbox"/> 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

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)      Date of Birth      Sex(Male.Female)  
患者名 \_\_\_\_\_ 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 Health Insurance  
傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号  
\_\_\_\_\_

3 Date of First Diagnosis : \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ (      days)  
入院                                  自                                  至                                  日間  
 Out patient 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。                                  はい                                  いいえ

9 Itemized amounts paid to Hospital and/or Attending physician : Fill in Form B  
治療実費の内訳                                  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      First      Title  
名前      姓      名      称号

Address      Office      Phone  
住所      病院又は診療所      電話

Date      Signature of Attending Physician  
日付      担当医署名

Reference Number of your Medical Record(if applicable)  
診療録の番号  
\_\_\_\_\_

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 貨幣単位

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のないものは除いてください。

Name and Address of Hospital or Clinic

病院または診療所の名称・住所

Name

名称

Address

住所

Phone

電話

Date

日付

Signature of Attending Physician

担当医署名

**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 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

翻訳者

住所

---

氏名

---

電話

---

Itemized Receipt  
領収明細書

(10) Laboratory Tests

諸検査費の内訳(諸検査の内容)

---

---

---

---

(11) Medicines

医薬費の内訳(薬の名称、量)

---

---

---

---

(15) The Others (Specify)

その他(特記事項)

---

---

---

---

翻訳者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_