

被保険者
被扶養者

海外療養費支給申請書

本人 記入欄	記号・番号 (保険証左上に記載)	999 - 9999	事業所名	〇〇〇株式会社				
	被扶養者が 診療を受けたとき	氏名	健保 すみれ	生年月日	昭和 平成 令和	59年 3月 27日	続柄	妻
	医療機関の	名称	〇〇 Clinic		住所	中国〇〇市22-2		
		電話番号	111 - 1111 - 1111	医師名	Dr. ABCD			
	発病又は負傷の年月日	令和 3年 3月 1日			診療を受けた国	中国		
	傷病名	虫歯			入院・外来の別	<input type="checkbox"/> 入院	<input checked="" type="checkbox"/> 外来	
	発病又は 負傷の原因	※詳しく 食事中に歯の詰め物がとれて、睡眠中に歯が激しく痛んだため						
	診療を受けた期間	令和 3年 3月 5日から 令和 3年 3月 5日まで	診療に要した費用・通貨	230	<input type="checkbox"/> 円 <input type="checkbox"/> ドル	<input checked="" type="checkbox"/> その他(元)		
	渡航目的・ 海外滞在の理由	<input type="checkbox"/> 海外赴任中(含家族帯同) <input checked="" type="checkbox"/> その他(海外旅行中)	渡航期間	令和 平成 3年 3月 1日から 令和 平成 3年 3月 20日まで				
	入欄	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、事業主を経由して申請することに同意します。 私は本申請に基づく給付金に関する権限を事業所代理人に委任します。 令和 3年 4月 7日 被保険者の 住所 〒 222-2222 埼玉県〇〇市〇〇2-2-202 氏名 健保 弘志 TEL 222-222-2222 トッパングループ健康保険組合理事長殿 ※遺族による申請の場合は申請人の住所等を記載のこと						

事業所 記入欄	令和 3年 4月 7日	事業所代理人の 住所 〒 333-3333 東京都〇〇区〇〇3-3-3 氏名 〇〇株式会社 〇〇三郎
------------	-------------	---

同意欄	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。 <u>Agreement of Authorization and Signature</u> 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 2021 Month 4 Day 7 受診者氏名(Name of patient) 健保 すみれ 住所(Address) 埼玉県〇〇市〇〇2-2-202 生年月日(Date of birth) Year 198 Month 3 Day 27	
-----	--	--

添付書類	必要となる書類 (右記6点)	<input checked="" type="checkbox"/> 診療内容明細書(FormA)	<input checked="" type="checkbox"/> 診療内容明細書(FormA)の翻訳文
		<input checked="" type="checkbox"/> 領収明細書(FormB)	<input checked="" type="checkbox"/> 領収明細書(FormB)の翻訳文
		<input checked="" type="checkbox"/> 領収書の原本	
		<input checked="" 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(海外赴任者・帯同家族は不要)	
交通事故・第三者行為による傷病の場合		<input type="checkbox"/> 第三者行為による傷病届	

【注意】 ○診療を受けた医療機関 ○入院・外来の別 ○診療を受けた月 が異なる場合は分けて申請してください。
○訂正する場合は訂正印をご捺印ください。

健保組合	
決 裁	処 理

健保受付

赤・・・本人記入
青・・・事業所記入

Form A Request to Attending Physician
様式 A 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

Form B
様式 B

Itemized Receipt(Dental)
領収明細書(歯科)

Name of patient(Last,First) 患者名 _____		Date of Birth 生年月日 _____		Sex(Male.Female) 性別(男・女) _____																											
Initial Office Visit 初診日 _____		Days of Services: 診療日数 _____ days																													
Localization of Tooth 部位																															
Permanent Tooth 永久歯			Deciduous Tooth 乳歯																												
R <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table> L.			8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	R <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td></tr> <tr><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td></tr> </table> L.			E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
8	7	6	5	4	3	2	1																								
1	2	3	4	5	6	7	8																								
E	D	C	B	A																											
A	B	C	D	E																											
Identify examined teeth : (該当する部位を○で囲み病名をつける)																															
・Dental Caries (C) (う蝕症)		・Missing Tooth (F) (欠損)		・Periodontal Diserses (P) (歯周病)																											
・The Others (その他)																															
Dental Treatment 歯科治療	Tooth No. 歯式	Fee 料金	Dental Treatment 歯科治療	Tooth No. 歯式	Fee 料金																										
1.Examination 診療			Comp. 複合レジン 1.Serf																												
2.X-Ray レントゲン診断			2.Serf																												
Bite-wings 咬翼型 ×			3.Serf																												
Periapical 標準型 ×			※Other(Material)																												
Panoramic パノラマ ×			その他 _____																												
3.Medication <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no 投薬			※9.Inlay/Onlay (Material)																												
4.Prophylaxies/Scaling 歯石 ← 歯石除去			インレー アンレー																												
Fluoride フッ化物塗布			10.Comp.Build-up																												
5.Extraction 抜歯			複合レジンによる支台築造																												
6.Perio-dontal Scaling/ Root planing			Post c Core マルコア																												
歯肉下歯石除去・根面平滑化			※Other(Material)																												
F-ope/G-ect			その他 _____																												
歯肉剥離掻爬術・歯肉切除術			11.Crown 冠																												
7.Pulp Cap 歯髄覆			Porcelain/Gold ホーセレン・金																												
Pulpotomy 歯髄切斷・抜髄			Silver alloy 銀合金																												
Root Canal Therapy 根管治療			※Other(Material)																												
1canal 根管			その他 _____																												
2canal			※12.Bridge Work フリッジ																												
3canal			Abut (Material)																												
8.Filling 充填			支台歯																												
1.Serf 面			Pontic (Material)																												
2 Serf			ダミー																												
3 Serf			※13.Plate Denture (Material)																												
			有床義歯																												
			※14. Other (Material)																												
			その他 _____																												
Unit is 貨幣単位			Total Fee 合計																												

Name and Address of Dentist Office 歯科医師の氏名及び住所または歯科医院の名称及び所在地	
Date 日付	Signature of Dentist 担当医署名

申請者の方へ ※印がついている項目に医師の記入がある場合は必ず(別紙)に和訳をつけてください。
材質の場合は具体的にどのようなものか訳してください。

Form A
様式A 翻訳

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 東京都〇〇区〇〇3-3-3

氏名 〇〇一郎

電話 333-3333-3333

Form B
様式B 翻訳

Itemized Receipt(Dental)
領収明細書(歯科)

8 Filling 充填
Other(Material)
その他(材質)

9 Inlay/Onlay (Material)
インレー アンレー(材質)

10 Amal./Comp.Build-up
支台築造
Other(Material)
その他(材質)

11 Crown 冠
Other(Material)
その他(材質)

12 Bridge Work フリッジ
Abut(Material)
支台歯(材質)
Pontic(Material)
タミー(材質)

13 Plate Denture (Material)
有床義歯(材質)

14 Other (Material)
その他(材質・項目明記)

翻訳者

住所 東京都〇〇区〇〇3-3-3

氏名 〇〇一郎

電話 333-3333-3333