

被保険者 被扶養者 海外療養費支給申請書

Main application form with fields for insured person details, medical institution, dates, and injury information.

Business representative information section including date and address.

Declaration section with English text and patient details like name, address, and birth date.

Attachment section listing required documents like medical records and receipts.

【注意】 〇診療を受けた医療機関 〇入院・外来の別 〇診療を受けた月 が異なる場合は分けて申請してください。

Table for insurance company decision (健保組合 決裁 処理).

健保受付

Red for personal entry, Blue for business entry.

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

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
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 東京都〇〇区〇〇3-3-3

氏名 〇〇一郎

電話 333-3333-3333