記入見本

届書コード	処理区分	届書
3 0 0		

処理区分：1.立替払等　2.治療用装具　5.生血

健康保険 被保険者／家族 海外療養費支給申請書（第　回目）

社会保険委員の点検済印

◎記入方法は別紙の「記入上の注意」をご参照ください。
◎「※」印欄は記入しないでください。

被保険者が記入するところ

被保険者等記号・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	送信	⑧ 受付年月日
①	② 27	③ 1	昭和 55年 5月 5日	※	※	※ 0：無 1：有		※ 年 月 日

⑨ 被保険者の（申請者）氏名と印	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	事業所の ㋐名称	(株)シーアールティ
		㋑所在地	東京都港区湾岸1−15−1
被保険者の（申請者）住所	⑩郵便番号 105−0022 ⑪住所コード ※	(フリガナ) トウキョウト ミナトク カイガン 東京都港区海岸1−15−1−1001	(電話番号) (3432)2299
療養が被扶養者に関するときは、その者の	㋒氏名	㋓生年月日 年 月 日生	㋔被保険者との続柄
⑫傷病コード	※	㋕傷病名 風邪	⑭発病または負傷年月日（療養開始日） ○○年 1月 1日
⑬カナ	※		
㋖発病または負傷の原因及びその経過	年末年始にハワイへ旅行し、ホテルのエアコンがきつ過ぎて風邪をひき、現地のクリニックで治療を受けた。		⑮第三者行為によるものですか。 0：いいえ 1：はい
診療を受けた病院等	㋗名称 ハワイCRTクリニック	㋘診療した医師氏名 Abcde Fghij	
	㋙所在地 米国ハワイ州123		

⑯ 診療の期間（支給期間）		⑯日数	⑰入院・入院外の別	㋚入院の場合左記の入院期間	㋛診療に要した費用の額
自 ○○年 1月 1日			0：入院外 1：入院	自 年 月 日 至 年 月 日 日間	50ドル
至 ○○年 1月 1日		1日			

㋜ 診療の内容	診察を受け、薬をもらう。	㋝ 療養の給付を受けることができなかった理由	海外のため、保険証が使えなかったから。
医療費の助成について	1.受けている（　　） 2.受けていない		

在職中の被保険者の方には事業所へ給付金を振込みます

支払金融機関の欄

⑱ 支払区分	※ 1：振込 2：銀行送金 3：当地払	⑳預金種別	1：普通 2：当座 3：通知 4：別段
㋟	湾岸 銀行 金庫 農協 海岸 本店 支店	技官等意見	
⑲金融機関コード	※	口座名義	ケンポ タロウ
㉑口座番号	1 2 3 4 5 6 7		

受取代理人の欄

㋠ 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。

令和　年　月　日

被保険者の（申請者）　住所　氏名

○○年 2月 1日提出
受付日付印

㉒代理人の氏名と印	(フリガナ)	㋡委任者と代理人の関係
代理人の住所	㉓郵便番号 −	(フリガナ)
	㉔住所コード ※	送信

Form A
様式 A

被保険者等記号・番号			⑨ 被保険者の（申請者）氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ
①	② 27	③ 1		健保 太郎

記入見本

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) 患者名 Tarou Kenpo　Age (Date of Birth) 年齢（生年月日） 5/5/1980　Sex (Male・Female) 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章用国際疾病分類番号（裏面参照） 1001, common cold かぜ

3. Date of First Diagnosis：1/1, 20XX 初診日 ○○年1月1日

4. Days of Diagnosis and Treatment：1 days 診療日数 1日間

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：1/1, 20XX ____, 20____ 入院外 ____, 20____ ____, 20____ ○○年1月1日

6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief) 症状の概要 Persistent cough and slight fever. しつこい咳と微熱

7. Prescription, operation and any other treatments (in brief) 処方、手術、その他の処置の概要
   Antitussives and analgesics were prescribed. 咳止めと鎮痛剤を処方する

8. Was the treatment required as a result of an accidental injury? 治療は事故の傷害によるものですか。 Yes ☐ はい　No ☑ 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 Abcde　First 名 Fghij
    Address 住所：Home 自宅 123 abcRD Honolulu Hawaii　Phone 987654321
    Office 病院または診療所 Hawaii CRT Clinic　Phone 123456789

Date 日付 1/1/20XX　Signature 署名 Abcde Fghij
Attending Physician担当医

Reference Number of your Medical Record (if applicable) 診療録の番号 2004

翻訳者 東京都港区海岸1−15−1−1001 健保 久実

Form B
様式 B

被保険者等記号・番号			⑨ 被保険者の（申請者）氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ
①	② 27	③ 1		健保 太郎

記入見本

Itemized Receipt
領収明細書

(1)	Fee for Initial Office Visit	初診料	$ 35	
(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	$ 15	
(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	$ 50	

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 Abcde　First Fghij　Title Medical Doctor
名前　姓　名

Address ： Home 自宅 123 abcRD Honolulu Hawaii　Phone 987654321
Office 病院または診療所 Hawaii CRT Clinic　Phone 123456789

Date 1／1／20××　Signature Abcde Fghij
日付　署名

翻訳者　東京都港区海岸1ー15ー1ー1001
健保　久実

海外療養費支給申請に関わる調査についての同意書

私は、このたび海外療養費を申請するにあたり、貴健康保険組合の職員等が海外療養費申請書類にある事実（診療行為を行った日時、場所、診療内容等）を確認するため、診療行為を行った医師等に照会し、情報の提供を受けることに同意します。

中央ラジオ・テレビ健康保険組合　理事長　殿

令和　00　年　00　月　00　日

〒　000 － 0000

住　所　東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇

被保険者氏名　健保　太郎

療養を受けた者の氏名　健保　太郎　　続柄　本人

被保険者等記号・番号　00　・　00