

【海外療養費支給申請について】

海外療養費支給申請には以下の書類を添付して申請して下さい。

- ①海外療養費支給申請書
- ②診療内容明細書
- ③領収明細書
- ④診療内容明細書（翻訳）
- ⑤領収明細書（翻訳）
- ⑥調査に関わる同意書
- ⑦領収書（原本）
- ⑧パスポートのコピー（渡航歴が分かる部分含む）

※申請書は各個人、月ごとに作成し提出をお願いいたします。

支 払 決 議 書	常務理事	事務局長	事務局次長	業務課長	係長	伺 年 月 日	取 得 日 年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日
							喪 失 日 年 月 日	令和	年 月 日
	法定給付					円	支 給 期 間	令和	年 月 日
	付加給付					円		令和	年 月 日
※備考							合 計 金 額	円	
							現 地 通 貨		
							円 換 算 レ ー ト	= 円	

被 保 険 者 家 族 海 外 療 養 費 支 給 申 請 書 (第 回)

注 意 事 項

- ③ ② ①
 請 求 人 の 住 所 記 入 の 際 に は ○ ○ 方 ま た は ア パ ー ト 名 な ど を 明 記 し て く だ さ い 。
 標 題 の 「 被 保 険 者 」 「 家 族 」 は 該 当 す る 方 を ○ で 囲 ん で 下 さ い 。
 訂 正 し た と き は そ れ ぞ れ の 記 入 者 が 使 用 し た 印 と 同 じ 印 を 押 し て く だ さ い 。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号番号			事業所 の名称 TEL	()					
	記号		番号							
	申請が被扶養者に関する ときはその方の		フリガナ 氏名	被扶養者の 生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者 との続柄			
	申請理由 療養の給付を受けることが できなかった理由を記入 してください。									
	傷 病 名		発病または負傷 の年月日		年 月 日 (負傷の場合は 時頃)					
	発病又は負傷の原因		※詳しくご記入ください。							
	傷 病 の 経 過									
	診 察 を 受 け た 医 療 機 関 の		名 称	所 在 地		診察した医師の氏名				
	診 察 期 間		自 令和 年 月 日 ~ 至 令和 年 月 日 日間							
	第三者の行為によって 負傷したものであるか		ある ない	第三者の行為によって 負傷したとき その事実の届出の有無 有 ・ 無	第三者の氏名と住所と連絡先 (不明のときはその旨を記入してください。)					
					氏名	連絡先				
					住所	不明理由				
	上記のとおり申請します。		申請年月日		令和 年 月 日					
	川口工業健康保険組合理事長 殿		〒		電話番号		()			
被保険者の住所		被保険者の氏名		生年月日 昭和・平成 年 月 日						
委任状		<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>) 事業主を代理人として健康保険組合より支給される本請求金額全額の手続きを委任いたします。 被保険者の氏名								
※退職後等の申請で、上記に委任しない場合は、川口工業健康保険組合にお申し出下さい。										

社 会 保 険 労 務 士 記 入 欄

決 裁 日 付 印	受 付 日 付 印

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 social 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 attending physician.
この様式は担当医が記入し、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・入院外毎に付、この様式1枚が必要です。

Attending Physician's Statement 診療内容明細書

- 1 . Name of patient(Last,First) Age(Date of Birth) Sex (Male ・ Female)
患者名 _____ 年齢(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 Social Insurance(See the other side of this form)
傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号
_____ (No, _____)
- 3 . Date of First Diagnosis: _____ , _____ 20
初診日
- 4 . Day of Diagnosis and Treatment: _____ days
診療日数 _____ 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 From _____ , _____ 20 to _____ , _____ 20
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
治療は事故の障害によるものですか はい いいえ
- 9 . Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending Physician : Form B
項目別治療実費 _____ 様式 B
- 10 . Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所
Name 名前 : Last 姓 _____ First 名 _____
Address 住所 : Home 自宅 _____ Phone _____
Office 病院 又は診療所 _____ Phone _____
Date 日付 _____ Signature 署名 _____

Attending Physician 担当医

Reference Number of your Medical Record (if applicable)

診療録の番号 _____

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital/Clinic 担当医または病院事務長へのお願い

- 1 . Please fill in this form so that the patient may claim the social 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 attending physician.
この様式は担当医が記入し、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・入院外毎に付、この様式1枚が必要です。
- 4 . If not in dollars, please specify the unit used.
ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いてください。

Itemized Receipt 領収明細書

Form B

様式 B

(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 婦 費	_____	
(9) X-Rai Examinations	X 線 検 査 費	_____	
(10) Laboratory Tests	諸 検 査 費	_____	
(11) Medicines	医 薬 費	_____	
(12) Surgical Dressing	包 帯 費	_____	
(13) Anesthetics	麻 酔 費	_____	
(14) Operating Room Charge	手 術 室 費 用	_____	
(15) 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 a 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下さい。

Name and Address of Attending physician/Superintendent of Hospital or Clinic

担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name 名前 : Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____

Address 住所 : Home 自宅 _____ Phone 電話 _____

Office 病院又は診療所 _____ Phone 電話 _____

Date 日付: _____

Signature 署名: _____

診療内容明細書（海外分） 翻訳

1. 患者名 : _____

生年月日 : 年 月 日 性別 : 男 ・ 女

2. 傷病名 : _____

3. 初診日 : _____年 _____月 _____日

4. 診療日数 : _____日

5. 治療の分類

入院 : 年 月 日 ~ 年 月 日 ()日間

入院外 : 年 月 日 ~ 年 月 日 ()日間

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

8. 治療は事故の傷害によるものですか

(はい ・ いいえ)

10. 担当医の名前及び病院又は診療所住所

名前 : 姓 _____ 名 _____

住所 : _____

電話 : _____

11. 翻訳者の名前及び住所

名前 : _____

住所 : _____

電話 : _____

領収明細書（海外分） 翻訳

1. 初 診 料	_____	
2. 再 診 料	_____	
3. 往 診 料	_____	
4. 入 院 管 理 料	_____	
5. 入 院 費	_____	
6. 診 察 費	_____	
7. 手 術 費	_____	
8. 職 業 看 護 婦 費	_____	
9. X 線 検 査 費	_____	
10. 諸 検 査 費	_____	
11. 医 薬 費	_____	
12. 包 帯 費	_____	
13. 麻 酔 費	_____	
14. 手 術 室 費 用	_____	
15. その他(特記せよ)	_____	

16. 合 計	_____	貨幣単位 _____

担当医又は病院事務長の名前及び住所

名 前 : 姓 _____ 名 _____

住 所 : _____

電 話 : _____

翻訳者の名前及び住所

名 前 : _____

住 所 : _____

電 話 : _____

調査に関わる同意書 Agreement of Authorization

治療開始日 Starting date of medication	Year _____	Month _____	Day _____
患者氏名 / Name of patient	_____ / _____		
住所	_____		
Address	_____		
生年月日 Date of birth	Year _____	Month _____	Day _____

川口工業健康保険組合 御中

私(療養を受けた者)、_____ は、川口工業健康保険組合の職員又は川口工業健康保険組合が委託した事業者が、海外療養費支給申請書類にある事実(療養行為を行った日時、場所、療養内容)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。

また、上記確認にあたり、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートを川口工業健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To : **Kawaguchi Kogyo Health Insurance Society**

I (patient who has received treatment) authorize **Kawaguchi Kogyo Health Insurance Society** or its staff, and its subcontractors 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.

Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

署名・押印欄 Signature

署名・押印は治療を受けた本人が行って下さい。なお、次の場合は、親権者(本人が未成年の場合)、成年後見人(本人が成年被後見人の場合)、法定相続人(本人が死亡している場合)が署名、押印して下さい。

Insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, guardian(insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

氏名 / Signature	_____ / _____		
住所	_____		
Address	_____		
日付 Date	Year _____	Month _____	Day _____
患者との関係 (Relation to the insured)	: 本人(Self)・親権者(Guardian)・法定相続人(Heir)・その他(Other)[_____]		

※ 本同意書の有効期限は署名日から6ヶ月間です。

※ This agreement of authorization expires 6 month after the signed date.

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項を記載頂くことがあります。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.