三菱電機健康保険組合　行

被保険者
家　族

海外療養費支給申請書

（医科）　　（海外出張者・海外旅行者 用）　　令和　　年　　月　　日

被保険者記入欄	被保険者等記号・番号	記 号		番 号		
	被保険者氏名			生年月日	昭・平　年　月　日	
	所　　属	事業所名 □		□ 特例退職	□ 任意継続	
	渡航国名			渡航目的		
	渡航期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで				
	診療期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで ・ 継続中				
	傷病名（日本語で記入）					
	発病又は負傷の原因及びその経過					
	発病又は負傷の年月日	令和　年　月　日				
	総診療費（領収書のとおり）	通貨単位 （　　）				
	月別費用明細	年　月分		年　月分		年　月分
		年　月分		年　月分		年　月分
	入院・入院外の別	入院 ・ 入院外 → （ ○をつける ）				
	入院した期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで				
	第三者行為によるものですか	はい ・ いいえ → （ ○をつける ）				
	※ 被扶養者（家族）が受診した場合					
	受診者氏名		生年月日	昭・平・令　年　月　日	続 柄	
	※ 退職後の申請の場合 <<特例退職・任意継続の方は**記入不要**　保険料を引き落としている口座に入金します>>					
	入社年月日	昭・平・令　年　月　日	退職年月日	平・令　年　月　日		
	フリガナ		預金種目	□普通　□当座	フリガナ	
	金融機関名	銀行	支店	口座番号	名　義	
	備 考					

健保記入欄	支給額	¥		支給決定日	令和　年　月　日		
	換算レート		支給決定並びに支出決議	常務理事		担当者	

本紙に記載された個人情報は、別途事業主及び健康保険組合より公表の利用目的の範囲内で活用されます。

事業所担当者受付印

24-12

［添付書類］1．領収書（原本）　2．2ページ目「診療内容明細書」に医師の証明を受ける　3．パスポート・航空券等のコピー　4．同意書

［注意事項］1．国内より高度な治療を受けたい、などという「治療を目的」として海外で診療を受けた場合は、支給対象外となります。
2．海外旅行中などで、直ちに海外の病院にかからなくてはならないやむを得ない理由もなく、帰国後治療が可能なものに対しては海外療養費は支給されません。
3．健保へ申請したあとの領収書（原本）は返却できませんのでご注意ください。
4．発病又は負傷の原因が業務上、又は通勤途上中の事故による場合は労災保険からの給付があるため健保から海外療養費は支給されません。

This form is used for claiming the health insurance benefit
この様式は健康保険の給付の申請に使用されます。

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
診 療 内 容 明 細 書

Name of Patient 患者名	Date of Birth 生年月日	Sex 性別 ☐ M 男 ☐ F 女

Diagnosis / Symptoms 診断 / 症状	☐ Sick 疾病 ☐ Preventive care 予防的診療 ☐ Pregnancy in nomal condition 正常経過の妊娠

Description of Services 診療内容	Fee 料金
1 Outpatient 外来	
Date of Services 受診日	
Initial Visit(in this case) 当件の初診日	
Subsequent Visit 再診	
Home Visit 往診	
Total 合計 _____ Visits 回	
2 Medication 投薬 ☐ yes ☐ no	
The kind of medicine 薬剤の種類 Total	
1.	
2.	
3.	
3 ☐ Injection 皮下・筋注 ☐ IV treatment 点滴	
The kind of medicine 薬剤の種類 Total	
1.	
2.	
3.	
4 Laboratory / Clinical Exam (specify) 検査	
☐ Urine 尿	
☐ Blood 血液	
☐	
☐ ECG (EKG) 心電図	
☐ Ultrasound 超音波検査	
☐	
☐	
5 Physiotherapy 理学療法 _____ times 回	
6 Medical Supplies 医療器材	

Description of Services 診療内容	Fee 料金
7 Inpatient 入院	
From _____ (Admission 入院) to _____ (Discharge 退院)	
Total 合計 _____ Days 日	
Doctor's Fee 入院時医学管理	
Room 室料	
Food 食事療養	
8 Operation 手術	
Fixation 固定	
Dressing 洗浄	
Other Procedure (specify) その他の処置	
9 Anesthesia 麻酔	
☐ Local 局部 ☐ Spinal 脊髄 ☐ General 全身	
10 Operation / Emergency Room 手術室 緊急治療室	
11 Radiology 画像診断	
☐ X-ray ﾚﾝﾄｹﾞﾝ診断	
☐ CT ｺﾝﾋﾟｭｰﾀｰ断層撮影	
☐	
12 Others(specify) その他	
☐	
☐	
☐	
☐	
☐ Medical Certificate 診断書	

Name and Address of Physician / Hospital,Clinic,Office
医師の氏名及び住所 又は病院、診療所の名称及び所在地

Total Fee
合計

Date 日付 _____ Physician's Signature 医師の署名 _____

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

09-07

調査に関わる同意書（Agreement of Authorization）

・治療開始日（Starting date of medication）＿＿＿＿＿年（Year）＿＿＿＿＿月（Month）＿＿＿＿＿日（Day）

・患者名（Name of Patient）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・住所（Address）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・生年月日（Date of birth）＿＿＿＿＿年(Year)＿＿＿＿＿月（Month）＿＿＿＿＿日（Day）

三菱電機健康保険組合　御中

私（療養を受けた者）、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、三菱電機健康保険組合の職員又は三菱電機健康保険組合が委託した事業所が、海外療養費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、パスポートを三菱電機健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To：Mitsubishi Electric Health Insurance Society

I (patient who has received treatment) authorize Mitsubishi Electric 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 the 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ください。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)＿＿＿＿＿＿年(Year)＿＿＿＿＿月(Month)＿＿＿＿＿日(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ヵ月間です。

This agreement of authorization expires six months 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.