

被保険者
家族

海外療養費支給申請書

(海外出張者・海外旅行者 用)

保険証を見て記入する

(医科)

令和 1 年 6 月 1 日

もれのないように必要事項を記入してください

被保険者証 記号・番号	記号	1 1 0	番号	1 2 3 4 5 6 7
被保険者氏名	三菱 一郎		生年月日	昭平・令 58 年 5 月 25 日
所 属	<input checked="" type="checkbox"/> 三菱電機(株) 本社 人事部 <input type="checkbox"/> 特例退職 <input type="checkbox"/> 任意継続			
渡航国名	シンガポール		渡航目的	旅行
渡航期間	令和 1 年 5 月 1 日から 令和 1 年 5 月 12 日まで			
診療期間	令和 1 年 5 月 6 日から 令和 1 年 5 月 9 日まで・継続中			
傷病名 (日本語で記入)	風 邪			
発病又は負傷の原因 及びその経過	5月5日に熱が出たため、翌日診療を受けた。処方された薬を飲んだが症状が 良くならないため、再度診療を受け、注射してもらった。／経過良好			
発病又は負傷の年月日	令和 1 年 5 月 5 日			
総診療費 (領収書のとおり)	300		通貨単位 (SGD)
月別費用 明 細	年 月分		年 月分	
入院・入院外の別	入院 ・ <input checked="" type="radio"/> 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 ・ <input checked="" type="radio"/> 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	三菱 花子		生年月日	昭平・令 59 年 3 月 16 日
続 柄 妻				
※ 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	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	フリガナ
金融機関名	銀行	支店	口座番号	名 義
備考				

〔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、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、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。
4. 発病又は負傷の原因が業務(本)は返却し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。
5. 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。

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

全項目、医師の記入が必要です。本人が記入してはいけません。

記入見本

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	<input type="checkbox"/> M 男	<input type="checkbox"/> F 女
Diagnosis / Symptoms 診断 / 症状	<input type="checkbox"/> Sick 疾病		<input type="checkbox"/> Preventive care 予防的診療	
疾病名や症状を記入してもらおう		<input type="checkbox"/> Pregnancy in normal condition 正常経過の妊娠		

Description of Services 診療内容	Fee 料金	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		7 Inpatient 入院 From _____ to _____ (Admission 入院) (Discharge 退院) Total 合計 _____ Days 日 Doctor's Fee 入院時医学管理 Room 室料	
受診日を記入してもらおう		医師記入様式	
Home Visit 往診			
2 Medication 投薬 <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no The kind of medicine 薬剤の種類 Total _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____		8 Operation 手術 Fixation 固定 Dressing 洗浄 Other Procedure (specify) その他の処置	
薬が処方されていたら、 薬剤名も記入してもらおう		9 Anesthesia 麻酔 <input type="checkbox"/> Local 局所 <input type="checkbox"/> Spinal 脊髄 <input type="checkbox"/> General 全身	
3 <input type="checkbox"/> Injection 皮下・筋注 <input type="checkbox"/> IV treatment 点滴 The kind of medicine 薬剤の種類 Total _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____		10 Operation / Emergency Room 手術室 緊急治療室	
4 Laboratory / Clinical Exam (specify) 検査 <input type="checkbox"/> Urine 尿 <input type="checkbox"/> Blood 血液 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> ECG (EKG) 心電図 <input type="checkbox"/> Ultrasound 超音波検査 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____		11 Radiology 画像診断 <input type="checkbox"/> X-ray レントゲン診断 <input type="checkbox"/> CT コンピューター断層撮影 <input type="checkbox"/> _____	
5 Physiotherapy _____ times 理学療法 _____ 回		12 Others (specify) その他 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	
6 Medical Supplies 医療器材		<input type="checkbox"/> Medical Certificate 診断書	

全ての項目において、もれのないように医師に記入してもらおう

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

ゴム印でも手書きでも構いません

Total Fee
合計

領収書の合計と同じ

Date
日付

医師の証明日

Physician's Signature
医師の署名

医師のサイン

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