

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 6年 12月 1日

もれのないように必要事項を記入してください

被保険者等 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 58年 5月 25日
所 属	事業所名 <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 6年 11月 1日から 令和 6年 11月 12日まで			
診療期間	令和 6年 11月 6日から 令和 6年 11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	11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長くならないため、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 6年 11月 5日		添付した領収書の総額を記入する	
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	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 受診者が家族の場合、記入する				
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
金融機関名	銀行	支店	口座番号	フリガナ 名義
備考				

「添付書類」

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

「注意事項」

- 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。
- 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。
- 健保(健保)へ申請したあとの領収書又は負傷の原因が業
- 発病又は負傷の原因が業

又、本通達とは別記の事項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、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

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 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 疾病名や症状を記入してもらおう			<input type="checkbox"/> Sick 疾病 <input type="checkbox"/> Preventive care 予防的診療 <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	
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 受診日を記入してもらおう Home Visit 往診 Total 合計				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 _____ Food 食事療養 _____ 8 Operation 手術 Fixation 固定 _____ Dressing 洗浄 _____ Other Procedure (specify) その他の処置 _____	
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. _____ 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 局部 <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"/> ECG (EKG) 心電図 <input type="checkbox"/> Ultrasound 超音波検査				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	
5 Physiotherapy 理学療法 _____ times 回				12 Others (specify) その他 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Medical Certificate 診断書	
6 Medical Supplies 医療器材					

医師記入様式

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