

被保険者
家族

海外療養費支給申請書

米国

(医科)

(海外勤務者・海外研修生 用)

令和 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等 記号・番号(注1)	記号				番号										
	氏 名						生年月日	昭・平	年	月	日					
	海外拠点名															
	居住国名															
	傷病名 (日本語で記入)															
	診療期間	年 月 日から			年 月 日まで			／ 継続中								
	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	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 (○をつける)	入院		入院外		入院した期間			年 月 日から			年 月 日まで				
	傷病原因 (○をつける)	1. 交通事故 (第三者行為・自損)			2. 第三者行為			3. その他								
	該当被扶養者(家族) 氏 名						生年月日			続柄						
					昭・平・令 年 月 日											
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			

[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. 調査に関わる同意書

[注意事項] 1. 被保険者等記号は三菱電機欄「110」、番号は「社員番号」を記入してください。
2. 本申請書に記入した該当家族が、扶養手当の対象外である場合は[]内に○印を付けてください。→ []
扶養手当の対象外である場合、海外療養費は健保から本人国内給与に払い戻されます。経費計上は行わないでください。

事務セ担当者 受付印

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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F 性別 男 女
Diagnosis / Symptoms 診断 / 症状	<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	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		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 _____	
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 _____ _____	
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. _____		9 Anesthesia 麻酔 <input type="checkbox"/> Local 局部 <input type="checkbox"/> Spinal 脊髄 <input type="checkbox"/> General 全身 _____	
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"/> _____		10 Operation / Emergency Room 手術室 緊急治療室 _____	
5 Physiotherapy _____ times 理学療法 _____ 回		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"/> _____	
6 Medical Supplies 医療器材 _____		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 _____	

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

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

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)	_____ ④
・ 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.