

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (海外用)  
家 族

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日							
	被保険者証の	18	—	123456	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	5	5	0	5	0	5
	ふりがな	けんぼ たろう											
	氏名	健保 太郎											
	住所	〒 105 — 0014 東京都港区芝1丁目10番11号											
事業所名称	コスモ石油(株)					所在地	東京都港区芝浦1-1-1						
委任状	コスモエネルギーグループ健康保険組合理事長殿 令和 XX 年 XX 月 XX 日 海外療養費を申請し、当申請により支給される金額の受領を事業主に委任いたします。当該申請に際し、コスモエネルギーグループ健康保険組合が医療機関等に対して、当該申請に係る審査に必要な事項の照会を行う事、また当該医療機関等がその内容に回答をすることに同意いたします。 被保険者氏名												

申請内容	1 受診者	2	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	生年月日	年	月	日										
	1-①家族の場合はその方の氏名	健保 花子		<input type="checkbox"/> 昭和	<input checked="" type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	2	5	0	3	1	7					
	2 傷病名	アキレス腱断裂		3 発症または負傷の	年	月	日										
	4 発症の原因及び経過(詳しく)	2	1. 病気 原因及び経過 サッカーで相手と激突し、断裂した 2. けが → 事故または第三者の行為によるけがの場合は健保へお知らせください。	令和	X	X	X	X	X	X							
	5 診療を受けた医療機関等の	名称	所在地	診療した医師等の氏名													
	国名	名称	所在地	診療した医師等の氏名													
	シンガポール	XX病院	OOOOO	△△△△													
	6 診療を受けた期間	令和	X	X	X	X	X	X	から	X	X	X	X	まで	日数	OO	日
	6-①上記の期間に入院していた場合はその期間	令和							から					まで	日数		日
7 診療に要した費用の額	102.60	(シンガポールドル)	8 診療の内容	OOOO													
9 受診者の情報	受診者は現在日本に帰国予定はありますか。または帰国されました。 <input type="checkbox"/> はい ・渡航期間 ( 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ) ・渡航目的 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ・海外在住の理由 ( )																

支給金額	
法定給付	
付加給付	
合計	
常務理事	事務長
	係

&lt;算出の基礎&gt;

(法定)

円 × % = 円

(付加)

円 × % - 30,000 = 円

健保受付印

事業所担当印

記号・番号: 18 123456

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN (HEALTHCARE PROVIDER)

医師(療養担当者)記入用 1 ② 3

氏名: 健保太郎

Request to the Attending Physician  
担当医へのお願い

- Please fill out this form so that the patient may claim health insurance benefits.  
この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
- This form should be completed and signed by the attending physician.  
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
- One form for each month, and for each hospitalization / outpatient visit (home visit) should be filled out.  
各月毎、また入院、入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Form A  
様式 A

Attending Physician's Statement  
診療内容明細書

1. Name of Patient (Last, First)

患者名 Kenpo Hanako

Sex

性別

Male

Female

Date of Birth (D / M / Y)

生年月日 17 3 2013

Medical Record Number 診療録番号

2. Name of Illness or Injury, Preferably with the International Classification of Diseases Number

For Health Insurance Purposes. (Please refer to the table attached to this form.)

傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号 (No. )

3. Date of Initial Visit (D / M / Y)

初診日 27 3 2024

4. No. Days of Visit/Treatment

診療日数 1 days

5. Type of Treatment

治療の分類 (D / M / Y)

Hospitalization From / / to / / / ( days)  
入院 自 / / 至 / / / ( 日間)

Outpatient or Home Visit 27 / 3 / 2024 / / /  
入院外 / / / / / /

6. Nature of Illness or Injury (in brief)

病状の概要 Dental caries

7. Prescription, Operation and Any Other Treatments (in brief)

処方、手術その他の処置の概要 Crown #LZ (palladium)

8. Was treatment required as a result of accidental injury?  Yes  No

治療は事故の傷害によるものですか?

9. Breakdown of Medical Expenses Paid to Hospital and / or Attending Physician : Please fill out Form B

医療機関、または担当医に支払った医療費の内訳: 様式 B による

ATTENDING PHYSICIAN INFORMATION 担当医情報欄

Medical Institution Name: (医療機関名) 〇〇〇〇〇〇

Address: (住所) 〇〇〇〇〇〇

Name of Physician: (担当医名) 〇〇〇〇 〇〇〇〇

Title: (称号)

Signature: (署名) 〇〇〇〇 〇〇〇〇

Phone: (電話) 〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇

Date Completed: (作成年月日) 27 . 3 . 2024



記号・番号: 18 123456

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN (HEALTHCARE PROVIDER)

1 2 ③

医師(療養担当者)記入用

氏名: 健保太郎

Request to Attending Physician  
担当医へのお願い

- Please fill out this form so that the patient may claim health insurance benefits.  
この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
- This form should be completed and signed by the attending physician.  
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
- One form for each month, and for each hospitalization / outpatient visit (home visit) should be filled out.  
各月毎、また入院、入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Form B  
様式 B

Itemized Receipt  
領収明細書

1. Initial Office Visit	初 診 料	95.00
2. Follow-Up Office Visit	再 診 料	
3. Home Visit	往 診 料	
4. Hospitalization	入 院 費	
5. Consultation	診 察 費	
6. Operation	手 術 費	
7. Nursing Fee	職 業 看 護 師 費	
8. X-Ray Examination	X 線 検 査 費	
9. Tests Performed *Please provide details below	諸 検 査 費	
*検査内容を記入		
_____		
_____		
_____		
10. Medications *Please provide the name and dosage for each medication	医 薬 費	
*薬品名・投与量を記入		
_____		
_____		
_____		
11. Treatments/Procedures	処 置 費	
12. Surgical Dressings	包 帯 費	
13. Anesthetics	麻 酔 費	
14. Operating Room Charge	手 術 室 費 用	
15. Other (Please specify)	そ の 他 (特 記 せ よ)	17.60
_____		
_____		
16. Total	合 計	102.60

Currency Unit  
通貨単位 シンガポールドル

IMPORTANT : Exclude any irrelevant costs to the treatment. i.e., payment for private/deluxe room.  
注意: 特別室料等、治療に直接関係のないものは除いてください。

ATTENDING PHYSICIAN INFORMATION 担当医情報欄

Medical Institution Name: (医療機関名) 〇〇〇 〇〇〇〇

Address: (住所) 〇〇〇 〇〇〇〇

Name of Physician: (担当医名) 〇〇〇〇 〇〇〇〇 Title: (称号)

Signature: (署名) 〇〇〇〇 〇〇〇〇 Phone: (電話) 〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇

Date Completed: (作成年月日) 27 . 3 . 2024