

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	被保険者の記号	18	番号	123456	生年月日	年	月	日			
	ふりがな	けんぼ たろう			<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	5	5	0	5	0	5
	氏名	健保 太郎			<input type="checkbox"/> 平成						
					<input type="checkbox"/> 令和						
	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 健保 太郎 自筆										

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	2	5	0	3	1	7			
	2 傷病名	アキレス腱断裂			<input checked="" type="checkbox"/> 平成									
					<input type="checkbox"/> 令和									
	4 発症の原因及び経過(詳しく)	2	原因及び経過 1. 病気 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。											
	5 診療を受けた医療機関等の 名称	XX病院		所在地	OOOOO		診療した医師等の氏名 △△△△							
	5 診療を受けた医療機関等の 国名	シンガポール		所在地			診療した医師等の氏名							
	6 診療を受けた期間	令和	XX	XX	XX	XX	から	XX	XX	XX	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	診察・レントゲン									
	通貨単位を記入													
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か。 <input type="checkbox"/> はい ・渡航期間 (令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> いいえ ・渡航目的 () ・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	

<算出の基礎>

(法定)

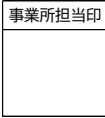
円 × % =

(付加)

円 × % - 30,000 =

健保受付印

円



記号・番号 _____

氏名: _____

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN (HEALTHCARE PROVIDER)

医師(療養担当者)記入用

1 ② 3

Request to the Attending Physician
担当医へお願い

2-3ページ目は療養を
担当した医師の証明を
受けてください。

- 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 or 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 _____ Sex 性別 Male 男 · Female 女
Age (Date of birth) 年齢(生年月日) _____ 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 First Diagnosis 初診日 _____

4. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days

5. Type of Treatment 治療の分類 (DD/MM/YY)

Hospitalization 入院 From . . to . . (days)

Out patient or Home Visit 入院外 From . . to . . (days)

6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief) 症状の概要 _____

7. Prescription, Operation and Any Other Treatments (in brief) 処方、手術その他の処置の概要 _____

8. Was treatment required as a result of accidental injury? 治療は事故の傷害によるものですか? YES NO

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 _____

Address 住所 _____

Name of Physician 担当医名 _____

Title 称号 _____

Phone 電話 _____

Signature 署名 _____

Date Completed 作成年月日 _____

事業所担当印

記号・番号

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN (HEALTHCARE PROVIDER)

1 2 ③

医師(療養担当者)記入用

氏名:

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 or 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

- Initial Office Visit 初診料
- Follow Up Office Visit 再診料
- Home Visit 往診料
- Hospitalization 入院費
- Consultation 診察費
- Operation 手術費
- Nursing Fee 職業看護師費
- X Ray Examination X線検査費
- Test s Performed 諸検査費 ** Plase provide details below 検査内容を記入
- Medic ations 医薬費 *Please provide the name and dosage for each medication 薬品名・投与量を記入
- Treatment s /Procedure s 処置費
- Surgical Dressing s 包帯費
- Anesthetics 麻酔費
- Operating R oom Charge 手術室費用
- Other Please s pecify) その他(特記)
- Total 合計

Currency Unit 通貨単位

**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

Address 住所

Name of Physician 担当医名 Title 称号

Phone 電話

Signature 署名 Date Completed 作成年月日

2. 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

6. 病状 の概要

7. 病状 の概要処方、手術その他の処置の概要

翻訳者

住所

氏名



電話番号

9. 諸検査費の内訳(諸検査の内容)

10. 医薬費の内訳(薬の名称、量)

15. 特記事項

翻訳者

住所

氏名



電話番号