

被保険者
被扶養者

海外療養費支給申請書(医科)

(年 月分)

被 保 險 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	記号	番号		
	被保険者 氏名		生年月日	年 月 日	
	事業所の名称 及び所在地	(〒 -)			
	渡航国名		渡航目的	出張・海外駐在・旅行	
	渡航期間	年 月 日から	年 月 日まで	出張中又は赴任中	
	診療期間	年 月 日	年 月 日	日間	治癒・継続中
	傷病名 (日本語で記入)		発病または 負傷の年月日	年 月 日	
	発病又は 負傷の原因		傷病の 経過		
	診療又は手当を 受けた医療機関の 名称等	名称		氏名	
		所在地			
	診療又は手当の 内容				
	診療に要した金額 (領収書のとおり)	通貨単位()			
	入院・入院外の別	入院・入院外	入院の場合、 入院した期間	自: 年 月 日	至: 年 月 日
	第三者の行為に よるものですか	はい ・ いいえ (←どちらかに○をつける)			
* 被扶養者(家族)が受診した場合					
被扶養者氏名 (受診者)		生年月日	年 月 日	続柄	
私は所属する事業所を代理人と定め、上記のとおり請求した療養費の受領を委任し申請します。 年 月 日 コクヨ健康保険組合理事長 殿 〒 被保険者 住所 氏名					

【注意事項】

1.この申請書に、次の書類を添付してご提出ください。

- ①「診療内容明細書(医科)様式 A」(邦訳含む)
- ②「領収書原本」

※「邦訳」は診療内容明細書が外国語で作成されている場合、治療内容等を邦訳し、翻訳者の住所・氏名をご記入いただき押印してください。

2.支給される金額

治療内容のレベルや治療費国ごとに異なりますので、実際に払い戻される額は診療内容明細書と領収明細書に基づいて、国内の健康保険の治療を基準とした範囲内で支給します。

(2023)

Request to Attending Physician 担当医へのお願い

FormA(様式 A)

1.Please fill on this form so that patient may claim the social insurance benefit.

この様式は患者の社会保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。

2.This form should be completed and signed by the attending physician.

この様式は担当医が書き、かつ署名して下さい。

3.Please fill in the description of service other than listed items.

※13.その他の項目には、1～12に該当しない診療内容を記入して下さい。

4.One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out.

各月毎、入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Attending Physician's Statement 診療内容明細書(医科)

Name of Patient 患者名		Date of Birth 生年月日	Sex 性別	<input type="checkbox"/> M · <input type="checkbox"/> F 男 女
Diagnosis / Symptoms 診断 症状			<input type="checkbox"/> Physical Check-up 健康診断 <input type="checkbox"/> Immunization 予防接種 <input type="checkbox"/> Pregnancy in normal condition 正常経過の妊娠	
Description of Service 診療内容	Fee 料金	Description of Service 診療内容	Fee 料金	
1. Days of Diagnosis and Treatments _____ days 診療日数 日間 Office Visit 外来 Initial 初診 _____ ,20		7. Hospital Visit 入院時医学管理		
Subsequent 再診 _____ ,20		8. Hospitalization _____ days 入院診療 日間 Admission 入院 _____ ,20 Discharge 退院 _____ ,20		
Subsequent 再診 _____ ,20		9. Operation 手術 _____		
Home Visit 往診 _____ ,20		Fixation 固定 _____		
2. Medication 投薬 <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Please fill in the name and the amount of the prescription of an individual medicine.		Dressing 包交 _____		
		10. Anesthesia 麻酔 <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Spinal <input type="checkbox"/> General 局部 脊椎 全身		
3. <input type="checkbox"/> injection <input type="checkbox"/> IV Treatment 注射 点滴 Pharmacy 薬剤		11. Operation / Emergency room 手術室 緊急治療室		
4. Please fill in the content of the Laboratory Test. 諸検査		12. Radiology 画像診断 <input type="checkbox"/> X-ray レントゲン診断 _____		
		<input type="checkbox"/> Ultrasound 超音波検査 _____		
5. Physiotherapy 理学療法 _____		<input type="checkbox"/> Nuclear Scan 核医学診断 _____		
6. Medical Supplies 医療器材		※13. Other その他 _____		
		Total Fee 合計		

Name and Address of Physician / Hospital, Clinic, Office 医師の氏名及び住所または病院、診療所の名称及び所在地	
Date 月日	Physician's Signature 医師の署名

〈申請者の方へ〉 上記、診療内容明細書が外国語で作成されている場合は必ず次ページの邦訳を添付して下さい。

* 診断/症状、※印(13.その他)に医師の記入がある場合は必ず邦訳部分に記入して下さい。

(2023)

〈邦 訳〉

◆診療内容明細書が外国語で作成されている場合は必ず翻訳して下さい。

(診断 / 症状)

2. 投薬 (処方された個々の薬の名称と量を記入してください)

●薬剤名:

●規格:

●数量(総数):

4. 諸検査の内容を記入してください

13. その他(項目明記)

翻 訳 者 記 入 欄	
名 前	
住 所	電話 _____