

健康保険 本人 家族 療養費支給申請書 (海外療養費)

| | | | | | | |
|--|---|----|----------------|-------------------------------------|----------|----------------------|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ | ① 健康保険被保険者証の記号・番号 | | ② 被保険者の生年月日 | | ③ 事業所の名称 | |
| | | | 昭和 平成 年 月 日 | | | |
| | ④ 被保険者の氏名 (フリガナ) | | | ⑤ 家族療養費の申請の場合は、療養を受けた被扶養者の氏名等 氏名 | | 生年月日 |
| | | | | | | 昭和 平成 年 月 日 令和 |
| | ⑥ 被保険者の住所・電話番号 | | | | | |
| | 〒 - TEL - - | | | | | |
| | ⑦ 傷病名 | | | ⑧ 疾病または負傷の原因およびその経過 | | |
| | | | | | | |
| | ⑨ 発病または負傷年月日(療養開始日) | | | ⑩ 第三者行為によるものですか | | |
| | 年 月 日 | | | いいえ・はい (別途負傷届を提出してください) | | |
| 委 任 状 | ⑪ 診療を受けた医療機関の名称等 | | | | | |
| | 名称 | | | 医師の氏名 | | |
| | 所在地 | | | | | |
| | ⑫ 診療の期間 | | 日数 | ⑬ 入院の有無 | 入院期間 | |
| 令和 年 月 日から | | | なし | 令和 年 月 日から | | |
| 令和 年 月 日まで | | 日 | あり → | 令和 年 月 日まで | | |
| ⑭ 診療の内容 | | | | ⑮ 診療に要した費用 | | |
| | | | | 円 (通貨) | | |
| ⑯ この申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 | | | | | | |
| 被保険者の 住所 氏名 住所 代理人の 会社名 氏名 | | | | | | |
| ⑰ 振込銀行 | <input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。 | | | | | |
| | (フリガナ) | | 預金種目 | 普通・当座・その他() | 口座番号 | |
| | 銀行 | | | | | |
| (フリガナ) | | 支店 | | 口座名義 | (フリガナ) | |

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)

| |
|-----|
| 備考欄 |
|-----|

【添付書類等】

- 診療内容明細書(様式A)・領収明細書(様式B)
- 歯科の治療の場合は、1と領収明細書(様式C)
- 医師の記載した内容が日本語以外の場合は、その翻訳(翻訳者の住所・氏名が記載されていること)
- 領収書
- 療養を受けた者の同意書
- 旅券(本人の氏名等が記載された頁と直近の出入国記録の頁)または航空券等、渡航した事実を確認できる書類

| | |
|--------------------------|-----------------------------------|
| 確認欄 | この届出については、以下の要件を満たしたものである |
| <input type="checkbox"/> | ・申請者本人(被保険者)が記載したものである |
| <input type="checkbox"/> | ・記載内容について誤りがないか申請者本人(被保険者)に確認している |

※1~5は全て原本のこと
※受診者・診療月・医療機関ごとに作成のこと

■ 邦訳（様式 A）

2. 傷病名

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

| 翻訳者記入欄 | |
|--------|--|
| 住所 | |
| 氏名 | |

担当医または病院事務長へのお願い

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

この様式は患者が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 either the attending physician or the superintendent of a hospital/clinic.

この様式は担当医または病院の事務長が書き、かつ署名してください。

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

各月ごと、入院・入院外ごとにつきこの様式1枚が必要です。

4. If not in dollars, please specify the unit used.

ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いてください。

Itemized Receipt

領収明細書

| | | | |
|----------------------------------|--------|----|-----------------------|
| ① Fee for Initial Office Visit | 初診料 | \$ | |
| ② Fee for Follow-up Office Visit | 再診料 | \$ | |
| ③ Fee for Home Visit | 往診料 | \$ | |
| ④ Fee for Hospital Visit | 入院管理料 | \$ | |
| ⑤ Hospitalization | 入院費 | \$ | |
| ⑥ Consultation | 診察費 | \$ | |
| ⑦ Operation | 手術費 | \$ | |
| ⑧ Professional Nursing | 職業看護婦費 | \$ | |
| ⑨ X-Ray Examinations | X線検査費 | \$ | |
| ⑩ Laboratory Tests | 諸検査費 | \$ | |
| ⑪ Medicines | 医薬費 | \$ | |
| ⑫ Surgical Dressing | 包帯費 | \$ | |
| ⑬ Anaesthetics | 麻酔費 | \$ | |
| ⑭ Operating Room Charge | 手術室費用 | \$ | |
| ⑮ Others (Specify) | その他 | \$ | \$ |
| | (項目明記) | \$ | \$ |
| ⑯ Total | 合計 | \$ | Unit is _____ 貨幣単位 |

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e., payment for a luxurious room charge.

注意 : 高級室料等治療に直接関係のないものは除いてください。

Name and Address of Attending Physician/Superintendent of Hospital or Clinic.

担当医または病院事務長の名前および住所

Name 名前 : Last 姓 First 名 Title 称号

Address 住所 : Office 病院または診療所

Phone 電話

Date 日付

Signature 署名

■ 邦訳（様式 B）

15. その他(項目明記)

| 翻訳者記入欄 | |
|--------|--|
| 住所 | |
| 氏名 | |

領収明細書(歯科)

Localization of Teeth 部位

Permanent Teeth 永久歯

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

Deciduous Teeth 乳歯

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| e | d | c | b | a | a | b | c | d | e |
| e | d | c | b | a | a | b | c | d | e |

1. Name of Illness 傷病名

1) Dental Caries

う蝕症

2) Missing Teeth

欠損

3) Pyorrhea Alveolaris

歯槽膿漏

4) The Others

その他

2. Dental Treatment

(歯科治療)

Localization of Teeth Examined

(患歯部位)

Material

(材料)

Fee

(治療費)

* Initial Office Visit

初診料

* X-Ray Examination

レントゲン検査

* Dental Pulp Extirpation

抜髄

* Extraction

抜歯

* Filling

充填

* Inlay

インレー

* Metal Crown

金属冠

* Post Crown

継続歯

* Jacket Crown

ジャケット冠

* Bridge Work

ブリッジ

* Plate Denture 有床義歯

Partial Denture 局部義歯

Complete Denture 総義歯

* Treatment of Pyorrhea

Alveolaris 歯槽膿漏処置

* Medicine

投薬

* The Others

その他

Total 合計 _____

Name of Dental Surgeon

医師の氏名

Signature

署名

Name and Address of Dentist's office

歯科医院の名称および所在地

Date

日付

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

・ 治療開始日 _____年 _____月 _____日

・ Starting date of medication Year _____ Month _____ Day _____

・ 患者
 (患者名) _____

 (住所) _____

 (生年月日) _____年 _____月 _____日

・ Patient
 (Name of patient) _____

 (Address) _____

 (Date of birth) Year _____ Month _____ Day _____

大阪産業機械工業健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、_____は、大阪産業機械工業健康保険組合の職員又は大阪産業機械工業健康保険組合が委託した事業者が、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、パスポートを大阪産業機械工業健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To: Osaka Industrial Machinery Manufacturers Health Insurance Society

I (patient who has received treatment) authorize Osaka Industrial Machinery Manufacturers 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 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.

署名欄
Signature

署名は、治療を受けた本人が行って下さい。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) _____

(住所) _____

(日付) _____年_____月_____日

(患者との関係) 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 [_____]

(Signature) _____

(Address) _____

(Date) Year_____ Month_____ Day_____

(Relation to the insured) Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other

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.