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 被保険者等記号・番号		② 被保険者の生年月日	③ 事業所の名称
5000	999	昭和 平成 2 年 10 月 20 日	○○産業株式会社

④ 被保険者の氏名	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		
(フリガナ) サンギョウ ケンイチ	氏名	生年月日	被保険者との続柄
産業 健一		昭和 平成 令和 年 月 日	

⑥ 被保険者の住所・電話番号

〒 0 0 0 － 0 0 0 1

△△市××町1－1　TEL ○○－○○○○－○○○○

⑦ 傷病名	⑧ 疾病または負傷の原因およびその経過
急性気管支炎	5月中旬ごろから咳がひどくなった

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
6 年 5 月 25 日頃	いいえ ・ はい（別途負傷届を提出してください）

⑪ 診療を受けた医療機関の名称等

名称 ○○○メディカルセンター　医師の氏名 △△△△△

所在地 Singapore △△△ □□ ××

⑫ 診療の期間	日数	⑬ 入院の有無	入院期間
令和 6 年 6 月 5 日から 令和 6 年 6 月 5 日まで	1 日	なし あり →	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで

⑭ 診療の内容	⑮ 診療に要した費用
診察と投薬	120 （通貨 S$ ）

委任状

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

代理人の 住所 会社名 氏名

⑰振込銀行

□ 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☑ 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) シカク □□ 銀行	預金種目	普通 ・ 当座 ・ その他（ ）	口座番号	7	6	5	4	3	2	1
(フリガナ) サンカク △△ 支店	口座名義	(フリガナ) サンギョウ ケンイチ 産業 健一								

被保険者等の記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください

マイナンバー	

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
☑	・申請者本人（被保険者）が記載したものである
□	・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

【添付書類等】

1. 診療内容明細書（様式A）・領収明細書（様式B）
2. 歯科の治療の場合は、1と領収明細書（様式C）
3. 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）
4. 領収書
5. 療養を受けた者の同意書
6. 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

※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

大阪産業機械工業健康保険組合

Form A
様式 A

Request to Attending Physician
担 当 医 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 the attending physician.
   この様式は担当医が書き、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization/out patient (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。

医師に記入を依頼してください

Attending Physician's Statement
診 療 内 容 明 細 書

1. Name of Patient (Last , First) 患 者 名 _____ Age(Date of Birth) 年 齢(生年月日) _____ Sex(Male・Female) 性 別(男・女)

2. Name of Illness 傷 病 名 _____

3. Date of First Diagnosis 初 診 日 _____ , 20 _____

4. Days of Diagnosis and Treatment: 診 療 日 数 _____ days 日間

5. Type of Treatment 治 療 の 分 類
   ☐ Hospitalization: 入 院 From 自 _____ , _____ to 至 _____ , _____ (days) 日間
   ☐ Outpatient or Home Visit 入 院 外 _____ , _____ _____ , _____
   _____ , _____ _____ , _____

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 the treatment required as a result of an accidental injury? 治療は事故の外傷によるものですか。 Yes ☐ はい No ☐ いいえ

9. Name and Address of Attending Physician 担当医の名前および住所

   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 A）

2. 傷病名

必ず翻訳してください

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

必ずご記入ください

翻 訳 者 記 入 欄	
住所	
氏名	

Form B
様式 B

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital/Clinic

担当医または病院事務長へのお願い

医師に記入を依頼してください

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 eiter 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 Anaethetics	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）

必ず翻訳してください

必ずご記入ください

翻 訳 者 記 入 欄	
住所	
氏名	

Form C
様式 C

Itemized Receipt (Dental)
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			

歯科で治療を受けた方は歯の番号（部位）が必要ですので、必ずこの用紙も医師に記入を依頼してください

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　R6　年 6 月 5 日

・Starting date of medication　Year 2024 Month 6 Day 5

・患者
（患者名）産　業　健　一

（住所）△ △ 市 × × 町 1 － 1

（生年月日）H2　年 10 月 20 日

・Patient
（Name of patient）Ｋｅｎｉｃｈｉ　Ｓａｎｇｙｏ

（Address）1-1　××－Ｃｈｏ，△△－Ｓｈｉ

（Date of birth）　Year 1990 Month 10 Day 20

大阪産業機械工業健康保険組合　御中

私（療養を受けた者）、産業　健一　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）　産　業　　健　一

（住所）　△ △ 市 × × 町 1 － 1

（日付）　R6　年　8　月　1　日

（患者との関係）　本人　・　親権者　・　法定相続人　・　その他〔　　〕

(Signature)　Ｋｅｎｉｃｈｉ　Ｓａｎｇｙｏ

(Address)　1-1　××－Ｃｈｏ，△△－Ｓｈｉ

(Date) Year　2024　Month　8　Day　1

(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.