

受付年月日	年	月	日
伺年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日
支給額	円		
支給期間	自	年	月
	至	年	月
	日間		

支給支払決議書			
資格取得	年	月	日
資格喪失	年	月	日
支払年月日	年	月	日

被保険者 健康保険 海外療養費支給申請書
被扶養者

被保険者証の 記号・番号	-----		事業所	名称					
				所在地					
被扶養者に関する 申請のとき	氏名			生年月日	明大	年	月	日	被保険者 との続柄
傷病名					発病又は 負傷年月日	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・所在地 医師の氏名	名称				医師 氏名				
	所在地								TEL
診療又は手当を 受けた期間	自	年	月	日	入院期間	自	年	月	日
	至	年	月	日		日間	至	年	月
診療又は手当に 要した費用の額									
診療の内容									
療養の給付を 受けることが できなかった理由									
第三者の行為に よる負傷であるとき	その事実と 届出の有無				加害者の氏名				
					加害者の住所				
療養費振込先	※ 給与口座へお振込致します。								
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">被保険者の 氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p style="text-align: center;">太陽誘電健康保険組合理事長殿</p>									

※この申請書には、領収書(原本)・海外療養の調査に関わる同意書・パスポートの写し2カ所(本人氏名表記ページ・渡航期間表記ページ)
 医科の場合は、診療内容明細書(様式A)・翻訳文・領収明細書(様式B)
 歯科の場合は、医科診療内容明細書・翻訳文 } を添付して下さい。

【医科】
Form A
様式 A

1. Please fill in this form so that the 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. 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

1. Name of Patient (Last, First) Age (Date of Birth) Sex (Male • Female)
患者名 _____ 年齢(生年月日) _____ 性別(男・女)

2. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance

傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号 (※別紙翻訳文添付)

_____ (No. _____)

3. Date of First Diagnosis : _____ , 20 _____

初診日

4. Days of Diagnosis and Treatment : _____ days

診療日数

日間

5. Type of Treatment 治療の分類

Hospitalization : From _____, 20 _____ to _____, 20 _____ (_____ days)
入院 自 至 (日間)

Outpatient or Home Visit : _____, 20 _____ _____, 20 _____
入院外 _____, 20 _____ _____, 20 _____

6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)

病状の概要 (※別紙翻訳文添付)

7. Prescription, Operation and any other Treatments (in brief)

処方、手術その他の処置の概要 (※別紙翻訳文添付)

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

治療は事故の傷害によるものですか?

9. Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending Physician : Fill in Form B

項目別治療実費 / 様式Bによる

10. Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

Name 名前 : Last 姓 _____ First 名 _____

Office Address : _____

病院住所

Phone _____

Date 日付 _____ Signature 署名 _____

Attending Physician 担当医

Reference Number of your Medical Record (if applicable)

診療録の番号 _____

診療内容明細書日本語翻訳文

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	
記入日	
翻訳者氏名	
勤務先or住所	

【医科】
Form B
様式 B

1. Please fill in this form so that the 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 either the attending physician or the superintendent of hospital/clinic.
この様式は担当医又は病院事務長が書き、かつ署名して下さい。
3. 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。
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下さい。

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) X-Ray Examinations	X線検査費	\$ _____	
(9) Laboratory Tests	諸検査費	\$ _____	
(10) Medicines	医薬費	\$ _____	
(11) Anaesthetics	麻酔費	\$ _____	
(12) Operating Room Charge	手術室費用	\$ _____	
(13) Others (Specify)	その他(項目明記)	\$ _____	\$ _____
		\$ _____	\$ _____
(14) Total	合計	\$ _____	Unit is _____ 貨幣単位

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e., payment for 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下さい。

Name and Address of Attending Physician/Superintendent of Hospital or Clinic
担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name 名前 : Last 姓 _____ First 名 _____

Office Address : _____
病院住所 _____ Phone _____

Date 日付 _____ Signature 署名 _____