

健康保険 被保険者 海外療養費支給申請書

家 族

令和 8 年 4 月 改訂

領収明細書、同意書、渡航期間の確認できる書類は必ず添付してください。詳細は用紙下部

① 被保険者等記号・番号	②	③ 被保険者生年月日 昭和 年 月 日 平成	④ 資格取得年月日 昭和 年 月 日 平成 令和	⑤ 資格喪失年月日(喪失時のみ) 令和 年 月 日
⑥ 被保険者(申請者氏名) (フリガナ)		⑦ 事業所名称		
(相続人からの請求の場合は被保険者氏名:)		⑧ 事業所所在地・電話番号(支店勤務の場合は本社所在地を記入) 〒 -		
		電話番号 ()		
⑨ 被保険者(申請者)住所・電話番号				
郵便番号	-	電話		()
⑩ 該当者が被扶養者の場合		氏名	生年月日	昭和 年 月 日 平成 令和 年齢 歳 続柄
⑪ 傷病名及び傷病の経過		⑫ 負傷は第三者の行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		⑬ 負傷の原因・状況
負傷→ (⑫⑬へ) 病気→ (⑭へ)		負傷届を提出してください 右欄に記入してください		【いつ】 令和 年 月 日 曜日 午前 時 分 午後 頃
		⑭ 発病の原因 発病年月日 平成 年 月 日 令和		【どこで】 【何をしていたどのように負傷したか詳しく】 <input type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 通勤途中(パート含む) <input type="checkbox"/> その他
⑮ 診療又は手当の期間		⑯ 入院期間(入院有の場合)		⑰ 装具を装着した場合は装着日
令和 年 月 日 から	受診日数 日	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日	装着
令和 年 月 日 まで	入院有無 有・無	令和 年 月 日 まで	※装具を装着した場合は写真を添付してください	
⑱ 診療・装具に要した費用 ()		⑲ 医療機関等	医科・歯科の別 <input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科	医療機関名称
		所在地 (国名)		
○内へは通貨単位を記入してください。例：アメリカドル		⑲ 受診者の海外渡航期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
⑳ 診療を受けた期間における海外渡航の理由 <input type="checkbox"/> 海外勤務(同行家族を含む) <input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> その他 ()				

振込口座	委任口座		口座預金種別		預金口座名義人氏名	
	銀行	店	1. 普通 2. 当座 3. その他			
	金庫	支店	預金口座番号(左詰で記入)			
組合	営業部					
農協	出張所					

在職中の方へ ↑ 事業所への受領委任をお願いしております。被委任者口座をご記入ください。(事業所にて記入)
↓ 受取代理人欄に記入してください。被保険者は左側、代理人(事業所)は右側です。

受取代理人欄	本請求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。		代理人氏名		被保険者(申請者)との関係	
	令和 年 月 日					
	被保険者(申請者)		代理人住所・電話番号			
	住所		電話 ()			
氏名						

社会保険労務士氏名

【添付書類一覧】

<input checked="" type="checkbox"/> 診療内容明細書(裏表) <input checked="" type="checkbox"/> 領収明細書(裏表) <input checked="" type="checkbox"/> 同意書	どちらも実際に診療を受けた医療機関で証明をうけ、翻訳した場合は翻訳者の署名をしてください。
受診者の海外渡航期間が確認できる書類いずれか(添付したものにチェックしてください)	
<input type="checkbox"/> パスポートの写し(①氏名、顔写真と②当該期間の出入国スタンプのページが確認できるもの)	
<input type="checkbox"/> 査証(ビザ)の写し(氏名と有効期限が記載されたもの)	
<input type="checkbox"/> 航空券の写し(eチケットの控えを含む)	

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 / 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 AAttending Physician's Statement
診療内容明細書

1. Name of Patient (Last, First)

患者名 _____

Sex

性別

Male

• Female

Date of Birth (D / M / Y)

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 Initial Visit (D / M / Y)

初診日 _____

4. No. Days of Visit/Treatment

診療日数 _____ days

5. Type of Treatment

治療の分類 (D / M / Y)

 Hospitalization From _____ / _____ / _____ to _____ / _____ / _____ (_____ days)
 入院 自 _____ / _____ / _____ 至 _____ / _____ / _____ (_____ 日間)

 Outpatient or Home Visit _____ / _____ / _____ . _____ / _____ / _____
 入院外 _____ / _____ / _____ . _____ / _____ / _____

6. Nature of Illness or Injury (in brief)

病状の概要

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? _____ Yes No

治療は事故の傷害によるものですか？

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)

Signature: (署名)

Phone: (電話)

Date Completed: (作成年月日) _____ . _____ . _____

様式 A 邦訳

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. 処方、手術その他の処置の概要

翻訳者

住所

氏名

印

電話

Request to 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 / 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

1. Initial Office Visit	初 診 料	_____
2. Follow-Up Office Visit	再 診 料	_____
3. Home Visit	往 診 料	_____
4. Hospitalization	入 院 費	_____
5. Consultation	診 察 費	_____
6. Operation	手 術 費	_____
7. Nursing Fee	職 業 看 護 師 費	_____
8. X-Ray Examination	X 線 検 査 費	_____
9. Tests Performed	諸 検 査 費	_____
*検査内容を記入		
*Please provide details below		

10. Medications	医 薬 費	_____
*薬品名・投与量を記入		
*Please provide the name and dosage for each medication		

11. Treatments/Procedures	処 置 費	_____
12. Surgical Dressings	包 帯 費	_____
13. Anesthetics	麻 酔 費	_____
14. Operating Room Charge	手 術 室 費 用	_____
15. Other (Please specify)	そ の 他 (特 記 せ よ)	_____

16. 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)

Signature: (署名)

Phone: (電話)

Date Completed: (作成年月日)

様式 B 邦訳

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

印

電話

(別 紙)

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____

大阪府電気工事健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、_____は、大阪府電気工事健康保健組合の職員又は委託した事業者が、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<保険者名>に提示することも併せて同意します。

To: Osakafu denki koji kenkohoken kumiai

I (patient who has received treatment) authorize **Osakafu denki koji kenkohoken kumiai or its staff, and its** subcontractors to refer and obtain any and all factual information **related to anoverseas** medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including **date of the tretment**,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・押印欄

Signature

署名・押印は、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、押印して下さい。

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) _____ 印
(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 [_____]
※ 本同意書の有効期限は署名日から●ヵ月間です。

(Signature) _____
(Address) _____
(Date) Year _____ Month ____ Day ____

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

※ This agreement of authorization expires ● month after the signed date.

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.