

同年月日 令和 年 月 日

支給 決議 書	常務理事	事務局	備考(病名コード)			
	支給 期間	自	令和	年	月	日
		至	令和	年	月	日
	証NO	支給金額				

\*この線より上は請求者において記入しないこと

**<旅行など業務外の方> 海外療養費・第二家族療養費 支給申請書**

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の記号番号	—	事業所の名称	国名			
	傷病名				手当に要した 費用の額	通貨単位( )	
	手当を受けた期間	自	令和	年	月	日	
		至	令和	年	月	日	
	診療または手当を受 けた医療機関名称等	名称				診療 区分	入院・外来
		所在地				担当医師名	
	発病又は負傷の原因 (詳細に記入すること)	(いつ)	(どこで)	(何をして)			
	診療の内容						
	受診者が家族 (被扶養者)の場合	氏名		生 年 月 日	昭和・平成・令和		続 柄
					年	月	日
日本国内で受診できな かった理由	<input type="checkbox"/> 現地在住者			<input type="checkbox"/> 旅行・留学・ボランティア活動など			
<p>上記のとおり、申請します。私は、この申請に基づく給付金の受領を事業主に委託します。          帝人グループ健康保険組合又は貴組合が委託した事業者が、海外療養費支給申請書類にある事実情報を          確認する為、治療行為を行った者から治療行為の事実の有無や治療内容照会の提供を受けることに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>〒 — 請求者の住所</p> <p>氏名 _____ (TEL _____ )</p>							

添 付 書 類	必要となる添付書類 <input type="checkbox"/> にチェックをつける
	<医科の場合>
	<input type="checkbox"/> 様式Aと邦訳、様式Bと邦訳、領収書 <b>※原本</b>
	<input type="checkbox"/> 渡航した事実が確認できる書類の写し(パスポート、旅券、航空券など)
<歯科の場合>	
<input type="checkbox"/> 様式Cと邦訳、領収書 <b>※原本</b>	
<input type="checkbox"/> 渡航した事実が確認できる書類の写し(パスポート、旅券、航空券など)	

1. 受診者氏名が記載された証拠書類は必ず添付すること。
2. 各月毎、入院・入院外・被保・被扶別につき、この様式1枚が必要

☆☆☆ 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 health insurance benefit.  
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。
2. 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。
3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient(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。

Attending Physician's Statement 診療内容明細書

Name of Patient (Last,First)	Date of birth	Age	Sex (Male・Female)
患者名:	生年月日:	年齢 歳	性別: 男・女
Date of first Diagnosis	Days of Diagnosis and Treatment		
初診日:	診療数: day		

1. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Health Insurance.(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. )

2. 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

\_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_

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

●症状の概要

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

●処方、手術その他の処理の概要

5. 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。

6. Itemized amounts paid to Hospital and/or Attending Physician : Fill in 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

Name and Address of Attending Physician 担当医の名前及び住所

Name(名前) Last(姓) \_\_\_\_\_ First(名) \_\_\_\_\_ Title(称号) \_\_\_\_\_

Office Address(病院または診療所の住所) \_\_\_\_\_

Office(病院または診療所の名称) \_\_\_\_\_ Phone(電話) \_\_\_\_\_

Date(日付) \_\_\_\_\_ Attending Physician's Signature(担当医署名) \_\_\_\_\_

Reference Number of your Medical Record(if applicable) 診療録の番号 \_\_\_\_\_

<b>1. 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号</b>
(No.            )
<b>3. 症状の概要</b>
<b>4. 処方、手術その他の処理の概要</b>

<b>翻 訳 者 記 入 欄</b>	
氏名:	_____
住所:	_____
電話:	_____

☆☆☆ 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 health insurance benefit.  
この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要なですので、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記入し、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.  
各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Itemized Receipt 領収明細書

※Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment.i.e.payment for a luxurious room charge  
※注意 : 特別室料等、治療に直接関係ないものは除いてください。

Name of Patient (Last,First)	Date of birth	Age	Sex (Male・Female)
患者名:	生年月日:	年齢 歳	性別: 男・女

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 師 費	
9. X-Ray Examinations	X 線 検 査 費	
10. Laboratory Tests (※1)	諸 検 査 費	
(※1)Please fill in the content of the Laboratory Tests. (※1)諸検査の内容を記入してください。	①	
	②	
	③	
	④	
11. Medicines (※2)	医 薬 費	
(※2)Please fill in the name and the amount of the prescription of an individual medicine. (※2)処方した個々の薬の名称と量を記入してください。	①	
	②	
	③	
	④	
	⑤	
12. Surgical Dressing	包 帯 費	
13. Anesthetics	麻 酔 費	
14. Operating room Charge	手 術 室 費	
15. The Others(Specify)	その他 (特記事項)	
	①	
	②	
	③	
	④	
16. Total	合 計	

Unit is ( )  
通貨単位

Name and Address of Attending Physician 担当医の名前及び住所		
Name(名前) Last(姓)	First(名)	Title(称号)
Office Address(病院または診療所の住所)		
Office (病院または診療所の名称)		Phone(電話)
Date(日付)	Attending Physician's Signature(担当医署名)	
Reference Number of your Medical Record(if applicable) 診療録の番号		

10. 諸検査費の内訳

- ① \_\_\_\_\_
- ② \_\_\_\_\_
- ③ \_\_\_\_\_
- ④ \_\_\_\_\_

11. 医薬費の内訳(薬の名称や量など)

- ① \_\_\_\_\_
- ② \_\_\_\_\_
- ③ \_\_\_\_\_
- ④ \_\_\_\_\_
- ⑤ \_\_\_\_\_

15. その他 (特記事項)

- ① \_\_\_\_\_
- ② \_\_\_\_\_
- ③ \_\_\_\_\_
- ④ \_\_\_\_\_

翻 訳 者 記 入 欄

氏名: \_\_\_\_\_  
住所: \_\_\_\_\_  
電話: \_\_\_\_\_