

健康保険 海外療養費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者証の	記号	番号	生年月日	年	月	日	
				<input type="checkbox"/> 昭和				
				<input type="checkbox"/> 平成				
				<input type="checkbox"/> 令和				
氏名	(フリガナ)							
住所	(〒 -)			都	道			
				府	県			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()						

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()			本店 支店 出張所 本所 支所		
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 2. 当座	口座番号	左づめでご記入ください。			
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)				口座名義 の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人

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 利用しない場合は上記の欄を記入。)
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。

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。			令和	年	月	日
		氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ					
	代理人 (口座名義人)	住所	(〒 -)	TEL	()			
		(フリガナ)						委任者と 代理人との 関係
	氏名							

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄 _____

(2023.4)

- ・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。
- ・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。

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険 海外療養費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容

1 受診者

1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

1 - ①家族の場合はその方の

氏名

生年月日

 昭和 平成 令和

年 月 日

2 傷病名

3 発病または
負傷年月日

令和 年 月 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

1. 病気

(原因および経過)

2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。

5 診療を受けた医療機関等の

名称

所在地

診療した医師等の氏名

国名

名称

所在地

診療した医師等の氏名

6 診療を受けた期間

(令和) 年 月 日

年 月 日

--	--	--	--	--

から

--	--	--	--	--

まで

日数

日

6 - ①上記の期間に
入院していた場合は、
その期間

(令和) 年 月 日

年 月 日

--	--	--	--	--

から

--	--	--	--	--

まで

日数

日

7 療養に要した費用の額

()

通貨単位を記入してください。(例: アメリカドル)

8 診療の内容

9 受診者の情報

受診者は、現在、日本に帰国予定はありますか。または帰国されましたか。

1. はい

2. いいえ

海外在住の理由

・渡航期間 (

年 月 日 ~ 年 月 日)

・渡航目的

海外滞在の理由

- Form A 1. This form is used for claiming the social insurance benefit.
 様式 A この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。
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, one form for hospitalization/outpatient and home visit.
 各月毎、入院・入院外毎に、この様式が1枚必要です。

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 Number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance
 傷病名及び社会保険表章用国際疾病分類番号 _____
3. Date of First Diagnosis : ____ / ____ / ____
 初診日
4. Days of Diagnosis and Treatment : _____ days
 診療日数
5. Type of Treatment
 治療の分類
- Hospitalization : From ____ / ____ / ____ to ____ / ____ / ____ (days)
 入院 自 至 (日間)
- Out patient 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 ? Yes No
 治療は事故の傷害によるものですか。 はい いいえ
9. Itemized amounts paid to Hospital and /or Attending physician : Form B
 治療実費 様式 B
10. Name and Address of Attending Physician
 担当医の名前及び住所
- Name 名前 : Last 姓 _____ First 名 _____
 Address 住所 : Home 自宅 _____ Phone 電話 _____
 Office 病院又は診療所 _____ Phone 電話 _____
- 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 _____

Form B
様式 B

1. This form is used for claiming the social insurance benefit.
この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。
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, one form for hospitalization/outpatient and home visit.
各月毎、入院・入院外毎に、この様式が1枚必要です。

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) Anesthetics	麻 酔 費	\$	
(14) Operating Room Charge	手術室費用	\$	
(15) The Others (Specify)	その他(特記せよ)	\$	\$
		\$	\$
(16) Total	合 計	\$	

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	Title
<hr/>				
Address 住所	:	Home 自宅	Phone 電話	
<hr/>				
		Office 病院又は診療所	Phone 電話	
<hr/>				
Date 日付		/	/	Signature 署名
<hr/>				

1. This form is used for claiming the social insurance benefit.
この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。
2. This form should be completed and signed by the attending dentist.
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, one form for hospitalization/outpatient and home visit.
各月毎、入院・入院外毎に、この様式1枚が必要です。

Attending Dentist's Statement
(歯科診療内容明細書)

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)
Date of First Diagnosis(初診日): ____ / ____ / ____		
Days of Diagnosis and Treatment(診療日数): _____ days		

Permanent teeth 永久歯										Primary teeth 乳歯																	
(RIGHT)					(LEFT)					(RIGHT)					(LEFT)												
Upper	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Upper
Lower	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	T	S	R	Q	P	O	N	M	L	K	Lower

Name of Illness 傷病名

1. Dental Caries う蝕 2. Gingivitis and periodontal 歯肉炎及び歯周疾患

3. Other disorders of teeth and supporting structures その他の歯及び歯の支持組織の障害 4. The Others その他

Dental Treatment	歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Date			Fee 治療費
			MO.	DA.	YR.	
Initial Office Visit	初診料					
X-Ray Examination	X線検査					
Dental Pulp Extirpation	抜髄					
Operation	手術					
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						

Name and Address of Attending Dentist
(担当医の名前及び住所)

Name : Last(姓) _____ First(名) _____

Address: Home(自宅) _____ Phone(電話) _____

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) _____

調査に関わる同意書 Agreement of Authorization

・治療開始日(Starting date of medication) _____年(Year) ____月(Month) ____日(Day)

・患者(Patient)

(患者名) (Name of patient) _____

(住 所) (Address) _____

(生年月日) (Date of birth) _____年(Year) ____月(Month) ____日(Day)

北陸情報産業健康保険組合 御中

私(療養を受けた者)、_____は、北陸情報産業健康保険組合が、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。

なお、国や地域、医療機関から別途同意書や委任状等を求められた場合、当該書類に必要事項を記載することや、その他の書類が必要となる場合に当該必要書類の提示等に協力することも併せて同意します。

To: Hokuriku Information Industry Health Insurance Society

I (patient who has received treatment) authorize Hokuriku Information Industry Health Insurance Society 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.

Further, I agree to fill out other document(s) if countries, regions or medical organizations require to submit consent letter or authorization letter in their format, and agree to provide help to submit other document(s) 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) (Name) _____印 (Signature) _____

(自署の場合、押印は不要です。)

(住所) (Address) _____

(日付) (Date) _____年(Year) ____月(Month) ____日(Day)

(患者との関係) (Relation to the insured)

本人(Self) ・ 親権者(Guardian) ・ 法定相続人(Heir) ・ その他(Other) [_____]

※ 本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。

※ This agreement of authorization expires 6 months after the signed date.