# 被保険者 家族 療養費支給申請書（海外）

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | 記号 | | 番号 | | 枝番 | 00 | 事業所名 |
| | フリガナ | | 【被保険者】住所 連絡先 | 〒　　電話 | | | |
| | 氏名 | | | | | | |

健保組合に登録されている被保険者の口座に振込します。公金受取口座を希望する場合は下記に☑を入れてください。

☐ 被保険者の「公金受取口座」への振込を希望します。※口座情報を取得できない場合は健保組合の登録口座に振込します。

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 療養の内容 | 受診者氏名 | | 枝番 | | 生年月日 | 年　月　日 | |
| | 傷病名 ※注[1] | 1) | 傷病コード | | 療養開始日 | | |
| | | 2) | | | | | |
| | | 3) | | | | | |
| | ※注[1] 傷病名が外傷の場合、負傷原因届を併せて提出してください。 | | | | | 負傷原因確認 ☐ | |
| | 発病・負傷日 | 令和　年　月　日 | 第三者行為によるものか | ☐ はい | ☐ いいえ | | |
| | 発病又は負傷の原因・経過 | | | | | | |
| | 医療機関 | 名称 | | | | | |
| | | 所在地 | | | | | |
| | | 医師名 薬剤師名 | | | | | |
| | 診療期間 | 令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日 | | | | 日 | |
| | 渡航期間 | 令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日 | | | | 日間 | |
| | 療養に要した費用の額 | | 現地通貨の支払額 | | | | |
| | 外来・入院の別 | ☐ 外来 | ☐ 入院 | 円換算 | | 円 | |
| | 申請理由 | ☐ 海外渡航中の受療 | ☐ その他 ［　　］ | | | | |
| | 備考 | | | | | | |

＜申請にあたっての注意事項＞
・申請書は暦月を単位として作成してください。
・申請書は病院ごと、薬局ごとに入院外来を分けて作成してください。

＜添付書類＞
・診療内容明細書　・邦訳（診療内容明細書）　・領収明細書　・調査に関わる同意書
・領収書（原本）　・負傷原因届（怪我をした方のみ）
・旅券、航空券その他の海外に渡航した事実が確認できる書類（写し）

＜支給方法＞
・振込は被保険者の公金受取口座もしくは健保組合へ登録されている口座になります。
・健保組合に口座が未登録の場合は【被保険者預金口座確認書】を添付してください。

首都圏デジタル産業健康保険組合

# 被保険者 家族 療養費支給申請書（海外）

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | 記号 | 9999 | 番号 | 9999 | 枝番 | 00 | 事業所名 ㈱健保企画 |
| | フリガナ | ケンポ　タロウ | | | | 【被保険者】住所 連絡先 | 〒 220-0004　電話 090-0000-0000 |
| | 氏名 | 健保　太郎 | | | | | 横浜市西区北幸○ - ○○ - ○○ |

健保組合に登録されている被保険者の口座に振込します。公金受取口座を希望する場合は下記に☑を入れてください。

☐ 被保険者の「公金受取口座」への振込を希望します。※口座情報を取得できない場合は健保組合の登録口座に振込します。

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 療養の内容 | 受診者氏名 | 健保　四郎 | 枝番 | 05 | 生年月日 | 平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 | |
| | 傷病名 ※注[1] | 1) 急性虫垂炎 | | | 傷病コード | | 療養開始日 |
| | | 2) | | | | | |
| | | 3) | | | | | |
| | ※注[1] 傷病名が外傷の場合、負傷原因届を併せて提出してください。 | | | | | | 負傷原因確認 ☐ |
| | 発病・負傷日 | 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 | 第三者行為によるものか | ☐ はい | ☑ いいえ | | |
| | 発病又は負傷の原因・経過 | 痛みと吐き気があり病院に行った | | | | | |
| | 医療機関 | 名称 | SDI MEDICAL CENTER | | | | |
| | | 所在地 | 1857 Fine Parkway Ste614,Ocean View,CA 21039 | | | | |
| | | 医師名 薬剤師名 | Michael・D・Efron | | | | |
| | 診療期間 | 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 ～ 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 | | | | ○○ 日 | |
| | 渡航期間 | 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 ～ 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 | | | | ○○ 日間 | |
| | 療養に要した費用の額 | | 現地通貨の支払額 | ○○,○○○ $ | | | |
| | 外来・入院の別 | ☐ 外来 | ☑ 入院 | 円換算 | 円 | | |
| | 申請理由 | ☑ 海外渡航中の受療 | ☐ その他 [ ] | | | | |
| | 備考 | | | | | | |

＜申請にあたっての注意事項＞
・申請書は暦月を単位として作成してください。
・申請書は病院ごと、薬局ごとに入院外来を分けて作成してください。

＜添付書類＞
・診療内容明細書　・邦訳（診療内容明細書）　・領収明細書　・調査に関わる同意書
・領収書（原本）　・負傷原因届（怪我をした方のみ）
・旅券、航空券その他の海外に渡航した事実が確認できる書類（写し）

＜支給方法＞
・振込は被保険者の公金受取口座もしくは健保組合へ登録されている口座になります。
・健保組合に口座が未登録の場合は【被保険者預金口座確認書】を添付してください。

首都圏デジタル産業健康保険組合

## 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・入院外毎に付、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 use of Social Insurance (Please refer to the table attached to this form).
   傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号

   _____ (No.　　)

3. Date of First Diagnosis: ____/____/____
   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 ____/____/____ to ____/____/____ (　　days)
   入　院　　自　　至　　(　　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?　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 & / or Attending Physician.: Fill in Itemized Receipt.
   項目別治療実費　別紙：領収明細書に記載

10. 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

Address 住所 :

Office 病院又は診療所:　Phone 電話 :

Date 日付 :　Signature 署名 :

Reference Number of your Medical Report (if applicable)

診 療 録 の 番 号

■邦訳　(診療内容明細書)
【Attending Physician's Statement】

2.　Name of Illness〔 傷病名 〕

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 〕

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 翻訳者 | 氏名 | | 住所 | | 電話 | |

**Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic**
**担当医又は病院事務長へのお願い**

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 a hospital / clinic.
   この様式は担当医又は病院の事務長が書き、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・入院外毎に付き、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

Unit is (貨幣単位) _____

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| (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 | 諸検査費 | $ | | |
| (11) Medicines | 医薬費 | $ | | |
| (12) Surgical Dressing | 包帯費 | $ | | |
| (13) Anaethetics | 麻酔費 | $ | | |
| (14) Operating Room Change | 手術室費用 | $ | | |
| (15) Others | そ の 他 | $ | $ | $ |
| [ Specify ] | [ 項目明記 ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| (16) Total | 合 計 | $ | | |

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e., payment for a luxurions room charge.
注 意 : 高級室料等治療に直接関係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 称号 _____

Address 住所 : _____

Office 病院又は診療所: _____ Phone 電話 : _____

Date 日付 : _____ Signature 署名 : _____

■邦訳 ※上記 (15) に記載がある場合、その内容を邦訳してください。

| 翻訳者 | 氏名 | | 住所 | | 電話 | |
|---|---|---|---|---|---|---|

# 調査に関わる同意書（Agreement of Authorziation）

・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)

首都圏デジタル産業健康保険組合　宛

私（療養を受けた者）、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、首都圏デジタル産業健康保険組合の職員又は首都圏デジタル産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、パスポートを首都圏デジタル産業健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To: Shutoken Digital Industry Health Insurance Society

I (patient who has received treatment) authorize Shutoken Digital Industry 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（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　(Signature)　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・住所　(Address)　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・日付　(Signed 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 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.