

健康保険 被保険者 家族 海外療養費支給申請書

2023・09 改定版

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。詳細は用紙下部を

被保険者証の記号番号 ① ②		③被保険者の生年月日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日			④資格取得年月日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日		
⑤被保険者（申請者の氏名） （フリガナ）  （相続人からの請求の場合は被保険者氏名： ）				⑥事業所の名称  ⑦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（ ）			
⑧被保険者（申請者）の住所・電話番号 郵便番号 - 電話（ ）				⑨ 該当者が被扶養者の場合 氏名 生年月日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日 年齢 歳 続柄			
⑩傷病名及び傷病の経過 負傷→ 病気→		⑪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 負傷届を提出してください 右欄に記入してください ⑬発病の原因 発病年月日 平成 年 月 日 令和 年 月 日		⑫負傷の原因・状況 【いつ】平成 年 月 日 曜日 午前 時 分 頃 午後 時 分 頃 【何をしていてどのように負傷したか詳しく】 <input type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> 仕事中 <input type="checkbox"/> 通勤途中（パート含む） <input type="checkbox"/> その他			
⑭診療又は手当の期間 令和 年 月 日 から 受診日数 日 令和 年 月 日 から 入院有無 有・無 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		入院期間（入院有の場合） 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		⑮装具を装着した場合は装着日 令和 年 月 日 装着 ※装具を装着した場合は写真を添付してください。			
⑯診療・装具に要した費用 （ ）		⑰医療機関等 所在地（国名） 医療機関名称		⑱受診者の海外渡航期間 年 月 日～ 年 月 日			
⑲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（ ）							
B 振込口座 委任口座 店 取 行 支 店 金 店 庫 営業		口座預金種別 1. 普通 2. 当座 3. その他 預金口座番号（左詰で記入）		預金口座名義人等の氏名			
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） ↓受取代理人の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。					
C 受取代理人の欄 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。 令和 年 月 日 被保険者（申請者） 住所 氏名		代理人の氏名  代理人の住所・電話番号  電話（ ）		被保険者（申請者）との関係			
社会保険労務士氏名							

必要事項記入してください。  
□箇所についてはチェックしてください。

【添付書類一覧】

- 診療内容明細書（裏表）
- 領収明細書（裏表）
- 同意書

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）

- パスポートのコピー（①氏名、顔写真 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）
- 査証（ビザ）のコピー（氏名と有効期限が記載されたもの）
- 航空チケットのコピー（eチケットの控え含む）

【添付書類一覧】 医科海外療養費

■医科診療内容明細書（裏表）

■領収明細書（裏表）

■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）

パスポートのコピー（①氏名、顔写真 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）

査証（ビザ）のコピー（氏名と有効期限が記載されたもの）

航空チケットのコピー（eチケットの控え含む）

## 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) \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

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

---

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN (HEALTHCARE PROVIDER)

医師(療養担当者)記入用

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 *Please provide details below	諸検査費	_____
_____		
_____		
_____		
10. Medications *Please provide the name and dosage for each medication	医薬費	_____
_____		
_____		
_____		
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

**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: 氏名: 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険組合の職員又は大阪府電気工事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、パスポートを大阪府電気工事健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To:Oosakafudenkikoujikenkouhokenkumiai

I(patient who has received treatment) authorize Oosakafudenkikoujikenkouhokenkumiai 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・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、押印してください。

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:	Signature: Address:
日付: 年 月 日	Date: Year Month Day
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 か月間です。	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いただくことがあります。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries of regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.