健康保険 被保険者・家族 療養費支給申請書

(海外療養費)

	① 被保険者等 記号番号	手(高	记号)	-	(番号)		②事	事業所名									
被保	被保険者 (申請者)の	氏名》 生年		(h †)	年	年 月		④住所	₹	-	- EL	()			
険	被扶養者に関するとき	⑤氏:	名				⑥ 生	三年月日		4	F	月		日	⑦続柄		
者	8傷病名								9	発病又は 年月日	負傷		年		月	E	3
^	発病又は負 ⑪ の原因及び 状の経過										11)	第三者 が原因	·の行為 で	「あ 者行	ある・ る」の場合 う為による けしてくだる	な、「 傷病」	
申	診療を受けた病院等の	名称				③所在地						14医師	名				
請	⑤ 診療の期間	引	Ē	年年	月月	日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日日		日間		16診療の)内容						
者	⑪診療に要した	こ費用の)額 🤾	※()に通貨	〔単位を記 <i>〕</i>	してくた	きさい	`							()
\smile	⑱療養の給付	を受ける	らことた	バできなかっ	た理由	海	外	において	治	療を受り	ナた	ため					
Ø	19受診者が渡	航∙海外	·滞在	(在住)した((している)	国名目的				期間	年	月	日	_	年	月	日
記	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か はい(口座情報の記入は不要) 注1:公金受取口座情報の反映には数日を要します 注2: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 いいえ(口座情報の記入が必要)																
入	20 振込口座		金融桥	幾関名		店名		預金種	刉	ı	口座番号		口座名義		ŧ		
欄		(カナ)			(h†)			普通 その他(İ)			(カナ)				
	②備考				1	※被保険者	等記号	号番号に代えて個	國人番	号を記載する	場合は、	備考欄に記	載してくださ	ال،			
													771-				

給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者(申請者)名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受	太由請	書に其づく給	付金に関す	-る受領を代	:理人に委任し	. ≢ ♂.				
取	ттіцы		11 12 12 [2] 7	UZREN		, o. , ,	委任者と	の関係()
代		年	月	日						
理		住所					住所			
人	被保険者	正別				代理人	電話	()	
の	(申請者)	氏名					氏名			
欄		八石					八石			

◎ 添付書類(申請内容によっては、その他の書類が必要となる場合があります)

青類(中間)/谷にようには、ての他の青類が必要とはる場合があります/

- 1. 診療内容明細書(様式A) ※医科の場合
- 2. 領収明細書(様式B)
- 3. 歯科診療内容明細書(様式C) ※歯科の場合
- 4. 領収書
- 5. 医師等に照会することの同意書
- 6. 渡航等の事実が確認できる書類(旅券の写し、事業主の証明書等)

大阪紙商健康保険組合 2024.12

受付年月日

調査に関わる同意書

Agreement of Authorization

・治療開始日	年	月	目			
· Starting date of med	lication		Year	Month	Day	
• 患者						
(患者名)						
(住所)						
(生年月日)						
• Patient						
(Name of patient)						_
(Address)						
(Date of birth)	Year	_Month	Day			
大阪紙商健康保険組	l合 御中					
私 (療養を受けた者)	·		は、大阪紐	氏商健康保険組	合の職員 又は	大阪紙
商健康保険組合 が委託						
日時、場所、療養内容						行った
者に照会を行い、当該 [。] また、上記確認にあた						トを 大
仮紙商健康保険組合 に						

To: Osaka paper dealer health insurance union

I (patient who has received treatment) authorize Osaka paper dealer health insurance union 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 6 ヵ月間です。	. ()
(Signature)	
(Address)	
(Date)YearMonthDay	
(Relation to the insured) : Self • Guardian • Heir	· Other
* This agreement of authorization expires 6 month after the signed of	late.

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.

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

	m A											
大美	ΣA							•				
1.	Name of P 患者名	atient(Las	t, First)	-	te of birth) 生年月日)_	· .		Se	x 性別	(Mal	е•	Female)
2 .	for the use	of Health	njury preferak Insurance. (I 使用国際疾病分	Please re	the numbe efer to the t	r of Inter table atta	rnation ached to	al Class this fo	ifica rm.)	tion of (No.	f Dis	eases
3.	Date of firs 初診日	st Diagnos	is							(110.		, ,
4.	Days of Di 診療日数		d Treatment days									
5.	Type of Tro 治療の分								1			
	☐ Hospita	lization	From	1	1-	to		1	/		(days
	入院		自			至		1	/		(日間)
	□ Outpati	ent or Hon	ne Visit		1	1	•	/		/		
	入院外		-				•	/		/		
6.			n of Illness or	· Injury(/ in brief)	1				/		
	Nature and 症状の概 Prescriptio	要 n, Operati	n of Illness or on and any o)処置の概要			h brief)		/				
7.	Nature and 症状の概 Prescriptio 処方、手 Was the tre	要 n, Operati 術その他の eatment re	on and any o	ther Tre	eatments(ir	-	y?		□ Ye	, / s [□ No	0
7.	Nature and 症状の概 Prescriptio 処方、手 Was the tre 治療は事 Itemized as	要 n, Operati 術その他の eatment re 故の傷害に mounts pa	on and any o)処置の概要 equired as a r	ther Tre result of つか。 l and / o	eatments(ir an acciden r Attendin	tal injury	an : Fil			, s [□ N	0
7. 8.	Nature and 症状の概 Prescriptio 処方、手 Was the tr 治療は事 Itemized a 医療機関 Name and	要 n, Operati 術その他の eatment re 故の傷害に mounts pa 、または担	on and any o の処置の概要 equired as a r よるものです id to Hospita 当医に支払っ	ther Tre result of つか。 l and / o	eatments(in an acciden r Attendin 費の内訳:	tal injury	an : Fil			, s [□ No	0
7. 8. 9.	Nature and 症状の概 Prescriptio 処方、手 Was the tr 治療は事 Itemized a 医療機関 Name and	要 n, Operati 術その他の eatment re 故の傷害に mounts pa 、または担 Address of	on and any o の処置の概要 equired as a r よるものです id to Hospita 当医に支払っ	ther Tre esult of か。 l and / o った医療 hysician	eatments(in an acciden r Attendin 費の内訳:	tal injury	an : Fil	l in For			□ No	0
7. 8. 9.	Nature and 症状の概 Prescriptio 処方、手 Was the tr 治療は事 Itemized a 医療機関 Name and 担当医の	要 n, Operati 術その他の eatment re 故の傷害に mounts pa 、または担 Address of	on and any o の処置の概要 equired as a r よるものです id to Hospita 当医に支払っ f Attending P	ther Tre esult of か。 l and / o った医療 hysician	eatments(in an acciden r Attendin 費の内訳:	tal injury	an : Fil	l in For Ti	m B tle(称		□ Ne	D
7. 8. 9.	Nature and 症状の概 Prescriptio 処方、手 Was the tr 治療は事 Itemized a 医療機関 Name and 担当医の Name	要 n, Operati 術その他の eatment re 故の傷害に mounts pa 、または担 Address of 名前及び住 Last(姓) Home(自	on and any o の処置の概要 equired as a r よるものです id to Hospita 当医に支払っ f Attending P	ther Tre esult of か。 l and / o った医療狂 hysician Firs	eatments(in an acciden r Attendin 費の内訳:	tal injury	an : Fil	l in For Tir Ph	m B tle(称	:号)	□ N•	D

診療録の番号

様式A 邦訳

2 の恒亜			
の概要			
			-
、手術その他の処置の概	要		
	翻訳者		
	翻訳者 住所		

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。

Itemized Receipt

			台	頁	収	明	細	書	•
Form	ı B								
様式I	3								
	(1) Fee fo	or Initial Office Visit	初		診		料	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
		or Follow-up Office Visit			診		料		-
		or Home Visit	往		診		料		-
	(4) Fee fo	or Hospital Visit	入	院	管	理	料		-
		italization	入		院		費		-
	(6) Cons	ultation	診		察		費		_
	(7) Opera	ation	手		術		費	•	-
	(8) Profe	ssional Nursing	職	業	看言	護 師	費		-
	(9) X-Ray	y Examinations	X	線	検	查	費		_
	(10) Labor	ratory Tests*	諸	ŧ	负	查	費		* Please fill in the
		·							content of the
									Laboratory Tests.
									*諸検査の内容を記入してく
									ださい。
	(11) Medio	cines**	医		薬		費		** Please fill in the name
				,					and the amount of the
									prescription of an
									individual medicine.
									**処方した個々の薬の名称
		,				·			⁻ と量を記入してください。 -
	(12) Surgi	cal Dressing	包		帯		費_		
	(13) Anest	thetics	麻		酔		費_		<u></u>
	(14) Opera	ating room Charge	手	術	室	費	用_		
	(15) The C	thers(Specify)	そ	の他	1(特	記せ	よ)		
		1							
								1	· -
						**************************************	· ·		· -
	(16) Total		合				計_		Unit is
_									通貨単位
1:	mportant 注意:	: Exclude the amount irr 特別室料等、治療に直接	elev	ant	to th	ie tre	atm	ent. i. e, paymei	nt for a luxurious room charg
	7				1600	/よ 赤 /	, (<	/20V%	
N		Address of Attending Ph 名前及び住所	ysic	ian					•
N	Jame	Last(姓)		F	irst(名)			Title(称号)
A	ddress	Home(自宅)							Phone(電話)
		Office(病院または診療所)						Phone
Γ.	Date(日付)	• • •						 Signature(署名)	
	(U 11)	•	-					216114141111111111111111111111111111111	Attending Physician(担当医)

Reference Number of your Medical Record(if applicable)

診療録の番号

様式B 邦訳

LO)	諸検査費の内訳(諸検査の内容)	
	<u> </u>	
1)	医薬費の内訳(薬の名称、量)	
		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
5)	特記事項	
-,		
		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
	翻訳者	
	住所	
	 氏名	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
-	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。

Form C 様式C

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 Dentist's Statement

歯科診療内容明細書

	平 彦 僚 内 谷 明 柚		
1 . Name of Patient(Last, First) 患者名	Age(Date of birth) 年齢(生年月日)		Sex (Male · Female) 性別
2 . Date of first Diagnosis 初診日	3 . Days of Diagnosis and ? 診療日数	Treatment _days	
Permanent tooth	Pr	rimary toot	h
Permanent tooth (Upper) $= \frac{1}{1} = \frac{1}{2} = \frac{1}{3} = \frac{2}{3}	9 10 11 12 13 14 15 16		DE FOHLJ.
(Lower) 32 31 (130 22) 28 27 26 25	9 10 11 12 13 14 15 16 FF 15 16 FF 17 15 18 17 15 16 FF 17 15 16 F	T T's R	ME EQHITI E
Type of Treatment 治療の分類			
Dental Treatment	Localization of Teeth Examined		
歯科治療 Iinitial Office Visit 初診料	患歯部位	MO. DA.	YR. 治療費
X 一Ray Examination レントゲン検査			
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			
	<u> </u>	Total	合計
Name and Address of Attendir 担当医の名前及び住所	ng Physician		•
Name <u>Last(姓)</u>	First(名)	Title(称号)
Address Home(自宅)	1	Phone	
Office(病院または診療		Phone	
Date(日付)	Signature(署名)	Atten	ding Physician(担当医)
	Reference Number of yo		
	診療録の番号		- *

様式C 邦訳

Permanent tooth		Primai	y too	th	I
$(Upper) = \underbrace{\begin{bmatrix} 1 & 2 & 1 & 3 & 4 & 5 & 6 & 7 & 8 \\ 2 & 2 & 2 & 3 & 3 & 3 & 3 & 23 & 22 & 28 & 27 & 28 & 28$	9 10 11 12 13 14 1 15 16			© DE	F G H L J
(Lower) 32 31 7 30 22 28 27 26 25	9 (10) 11) 12 (13) 14 (15) 16 (24) (22) (21) (20) 19 (18) 17 (19)	(RIGHT)	Î (ROAF	
治療の分類					
歯科治療	患歯部位	月	日作	年	治療費
初診料					
レントゲン検査					
抜髄					
手術					
抜歯					
充填					
インレー					
金属冠					
継続歯					
ジャケット冠	·				
ブリッジ					
有床義歯 局部義歯 総義歯					
歯槽膿漏処置					
投薬					
その他					
				合計	

翻訳者 住所		
氏名	,	(F)
電話		