

健保組合 宛 (社命による駐在や出張及びその帯同で事業主の補助を受けける場合は、下命部門宛)

| | | | | | |
|-------|---------|------|-----|-------|-----|
| 支給決定伺 | | 常務理事 | 事務長 | 担当者 | 担当者 |
| 支給額 | | | | | |
| 対象期間 | 年 月 日から | | 決定日 | 年 月 日 | |
| | 年 月 日まで | | | | |

海外療養費支給申請書

医療区分 検査・予防接種・定期健診・入院・通院・歯科・薬剤・その他

| | | | | | | |
|--|----------------------------------|----------------|-------------------------|--|--|--|
| 健康保険被保険者証 | 記号 1 | 番号 1234 | 受診国滞在の理由 | ①. 海外駐在 駐在 地 ; アメリカ ②. 海外出張 ③. 私的滞在 ; 療養のため・留学等・帰省・旅行・その他 | | |
| 社員No. | 1234 - 5 | | 受診者の居住国 | アメリカ | | |
| 傷病名 | 風邪 | | 発病・負傷の年月日 | | 診療を受けた国名 | |
| | | | 2008年 2月 25日 | | アメリカ | |
| 傷病・負傷の原因 | 不明 | | | 第三者行為で (傷病原因に他者が関与している) | ある <input checked="" type="radio"/> ない | |
| 傷病・負傷の経過 | 完治した | | | | | |
| 診療や手当の内容 | 診察、投薬等 | | | | | |
| 診療や手当を受けた 医師等の 住所・氏名 (国名から記入してください) | 受診した医療機関について記入してください | | | | | |
| 受診期間 (西暦) | 2008年 2月 25日より 2008年 2月 28日まで | | 受診日 (受診期間 内、全て記入) | 2月25日・28日 | | |
| 受診 実日数 | 2日 | 処方箋による 調剤回数 | 1回 | 療養費 (通貨表示のこと) | \$100 | |
| 申請が被扶養家族に 関する時はその氏名 | | | 生年月日 | 年 月 日 | 被保険者 との続柄 | |
| 申請日 | 2008年 3月 3日 | | 社内便宛先 | 大阪本社 部 | | |
| | | | 申請者 | 電話番号 (内線) | 803 - | |
| | | | 氏名 | 健保 太郎 <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| サカティクス健康保険組合 理事長 殿 | | | | | | |

- 注意 1. 療養に要した費用については「診療内容明細書」及び「領収書」の原本を添付して下さい。
2. 処方箋による薬剤費は診療費と分けて請求して下さい。
3. 日本語に翻訳しペンで記載して下さい。(鉛筆書き不可)

| | | | | |
|---------------------------------|------------------------------|------------|----------------|--|
| 支払い方法の指定 貸付金がある場合は返済のため相殺を優先 | 退職後任意継続被保険者 (指示のない場合は健保での預り) | | | |
| | (フリガナ) 銀行名 | | (フリガナ) 本支店名 | |
| 海外駐在被保険者 | 種別 口座番号 | 当・普 No. | (フリガナ) 口座名義 | |
| 1. 国内給与口座に入金 | | | | |
| 2. 駐在地に送金 | | | | |

以下の欄は記入しないで下さい

| | | | | | | |
|--------|--|-------|--|-----|----|-----|
| 療養費 | | 疾病点数 | | | GM | 担当者 |
| レート | | 日数 | | 給付率 | | |
| 円換算 | | 基準給付額 | | | | |
| 医療費補助率 | | 附加給付額 | | | 支払 | 受付 |
| 医療費補助額 | | 合計 | | | | |

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・入院外毎に付き、この様式1枚が必要です。

Form A

Attending Physician's Statement
診療内容明細書

1, Name of Patient(Last,First) 患者名 _____ Age(Date of Birth) _____
年齢(生年月日) _____ Sex 性別 Male Female

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 _____
(day, month, year)

4, Days of Diagnosis and Treatment. 診療日数 _____ days

5, Type of Treatment. 治療の分類
Hospitalization; 入院 From _____ To _____
(day, month, year) (day, month, year)
Outpatient or Home Visit; 入院外 From _____ To _____
(day, month, year) (day, month, year)

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？

9, Itemized Amounts paid to Hospital and / or Attending Physician. ;Fill in Form B
項目別治療実費；様式Bによる

10, Name and Address of Attending Physician
担当医の氏名・住所
Name; (Last, First) _____ Title _____
氏名
Address; Home _____ Phone _____
住所
Office _____ Phone _____

Date _____

Signature _____
Attending Physician 担当医

Reference Number of your Medical Report (if applicable)
診療録の番号
