

海外療養費支給申請書(医科)

受付日付印

みずほ健康保険組合 御中

※太枠内について全てご記入ください。「受診者別」「受診月別」「医療機関別」「入院・外来別」に申請して下さい。

※添付書類が外国語で記載されている場合は、日本語訳を添付して頂くか補記して下さい。(日本語訳がない場合は適正な算定ができない可能性があります。)

被 保 険 者 記 入 欄	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来		※いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> をつけて下さい。(薬代は処方箋を出した医療機関分に合算して下さい。)			
	被保険者等	記号	番号	被保険者氏名		
	事業所の名称			部店室名		
	受診者名	続柄		受診者の生年月日	昭和 平成	年 月 日
	傷病名(詳しく)					
	傷病の原因と経過(詳しく)			第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	⇒「はい」の場合、別途「第三者行為による傷病届」を提出のこと。
	診療を受けた国名等 1.アメリカ 2.イギリス 3.シンガポール 4.中国 5.香港 6.その他()					
	診療に要した金額		外貨額①	うち現地保険受領額②	① - ② = 外貨額③	
	診療の期間		受診月毎に1枚 令和 年 月 日 ~ 日 (日間)			
	日本国内で受診できなかった理由		<input type="checkbox"/> ①出向中 (家族帯同含む)	<input type="checkbox"/> ②出張中	<input type="checkbox"/> ③その他 (理由 旅行)	⇒②③の場合はパスポート(氏名の頁、滞在国の入国あるいは出国の押印が確認できる頁)等の写しを添付のこと。
		②③ 受診者の海外渡航期間 令和 年 月 日~令和 年 月 日				
調 査 に 関 わ る 同 意 書	<p>みずほ健康保険組合理事長 殿</p> <p>上記のとおり請求します。ただし、給付金の受領を下記事業主に委任します。</p> <p>私はみずほ健康保険組合の職員あるいは、みずほ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(療養を行った日時・場所:療養状況等)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。</p> <p>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、パスポートをみずほ健康保険組合に提示することも併せて同意します。なお、本書の写しも有効と認めます。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日 被保険者氏名</p>					
事 業 主 証 明 欄	<p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">みずほ健康保険組合理事長 殿</p> <p style="text-align: right;">事業所名称</p> <p style="text-align: right;">委任者 事業主氏名又は 事業主代理人名</p>					

《添付書類》領収証原本・診療内容明細書・翻訳等

被保険者等の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。
※被保険者等記号・番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です。

備考欄	
-----	--

※健保組合処理欄

常務理事	事務長	次長	担当

[受付番号 _____]

- ① This form is used for claiming the health insurance benefit.
- ② This form should be completed and signed by the attending physician.
- ③ Please fill in the description of service other than listed items. (※11)
- ④ One form for each month and one form for hospitalization/outpatient.

この様式は健康保険の給付の申請に使用されます。
 この様式は担当医が書き、かつ署名してください。
 ※11その他の項目には1～10に該当しない診療内容を記入してください。
 各月毎、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

Name of Patient 患者名	Date of Birth 生年月日	Sex 性別	<input type="checkbox"/> M 男	<input type="checkbox"/> F 女
Diagnosis/Symptoms 診療 / 症状		<input type="checkbox"/> Sick 疾病 <input type="checkbox"/> Preventive care 予防接種 <input type="checkbox"/> Pregnancy in normal condition 正常経過の妊娠		

Description of Service 診療内容	Fee 料金	Description of Service 診療内容	Fee 料金
1. Outpatient 外来 Date of services 受診日 Initial Visit (in this care) 当件の初診日 _____ Subsequent Visit 再診 _____ _____ Total 合計 _____ Visits 回 _____	_____	6. Inpatient 入院 From _____ to _____ (Admission 入院) (Discharge 退院) Total 合計 _____ Days 日 Doctor's Fee 入院時医学管理 Room, Food, etc. 室料・食事療養	_____
2. Medication <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no 投薬	_____	7. Operation 手術内容 _____ Fixation 固定 Dressing 洗浄 Other Procedure (specify) その他の処置 _____	_____
3. <input type="checkbox"/> Injection <input type="checkbox"/> IV Treatment 皮下・筋注 点滴	_____	8. Anesthesia 麻酔 <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Spinal <input type="checkbox"/> General 局部 脊椎 全身	_____
4. Laboratory/Clinical Exam (specify) 検査 <input type="checkbox"/> Urine 尿 <input type="checkbox"/> Blood 血液 <input type="checkbox"/> ECG (EKG) 心電図 <input type="checkbox"/> Ultrasound 超音波検査 <input type="checkbox"/> _____	_____	9. Operation/Emergency Room 手術室 緊急治療室	_____
5. Physiotherapy _____ times 理学療法 _____ 回 Contents of operating 施術内容 _____ _____ _____	_____	10. Radiology 画像診断 <input type="checkbox"/> X-ray レントゲン診断 <input type="checkbox"/> CT コンピューター断層撮影 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	_____
		11. Others (Specify) その他 ※ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Medical Certificate 診断書	_____

Name and Address of Attending Physician 担当医の名前及び住所
 Office/Phone 病院又は診療所/電話 _____

Total Fee 合計

Name 名前 : Last 姓 _____ First 名 _____
 Date _____ Physician's Signature
 日付 _____ 医師の署名 _____

Reference Number of your
 Medical Record (if Applicable)
 診療録の番号 _____