

海外療養費支給申請書(医科)

受付日付印

※同じ月に同一医療機関を受診した場合は、1枚の申請書にまとめて記入して下さい。
領収書毎に申請書を記入しないで下さい。
傷病名が異なる場合でも、同一医療機関で受診した場合はまとめて下さい。

(可能性がります。)

Form with multiple sections: 被保険者記入欄 (Insured Person Information), 調査に関する同意書 (Consent for Investigation), 事業主証明欄 (Business Owner Confirmation). Includes fields for hospital type, insurance details, medical history, and dates.

《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 (Remarks field)

※健保組合処理欄

Table with 4 columns: 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 \_\_\_\_\_