※このシート内 下部にある「提出書類チェックリスト」を使って申請に必要な書類を確認してください。

被保険者
被扶養者

海外療養費支給申請書

「健保マイポータル」の登録が必要です。申請前に登録状況をご確認ください。

被保険者が記入するところ

①被保険者等記号・番号	記号		②被保険者の氏名と生年月日	□昭和 □平成 年 月 日
	番号			
③被保険者の住所	〒 － TEL			
④被扶養者に関する申請のとき	フリガナ	生年月日	被保険者との続柄	
	氏名	□昭和 □平成 □令和 年 月 日		
⑤傷 病 名		⑥発病又は負傷の年月日（療養開始日）	□平成 □令和 年 月 日	
⑦発病又は負傷の原因及びその経過		⑧第三者行為によるものですか	□はい □いいえ	
⑨診療を受けた病院等の名称及び所在地	名称		医師氏名	
	所在地			
⑩診療の期間（支給期間）	（自） 令和 年 月 日 （日数）	⑪入院・外来の別	□入院 □外来	
	（至） 令和 年 月 日 日			
⑫入院の場合入院期間	（自） 令和 年 月 日から	⑬療養に要した費用の額		
	（至） 令和 年 月 日まで 日			
⑭診療の内容				
⑮渡航期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日			
⑯渡航目的				
⑰振込先被保険者名義の口座を指定	銀行名	金融コード	口座名義（被保険者）	カタカナで記入
	支店名	支店コード	預金種別	普通
	口座番号	⑱提出日	令和 年 月 日	

受付日付印

日本ヒューレット・パッカード健康保険組合

※ 現地の医療機関で発行された領収明細書がある場合はそちらを提出ください。
※ 現地での発行がない場合は、医療機関へこの様式Aの記入を依頼してください。

添付資料①

Form A 様式 A

※ This form is used for claiming the health insurance benefit.この様式は健康保険の給付の申請に使用されます。
※ 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。
※ One form for each month, one form for hospitalization.各月毎、入院・入院外毎に付この様式が1枚必要です。

ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
診 療 内 容 明 細 書（翻 訳 文）

Name of Patient 患者名	Date of Birth 生年月日	Sex 性別 ☐ M 男 ☐ F 女
Diagnosis / Symptos 診断 症状	☐ Sick 疾病 ☐ Preventive care 予防的診療 ☐ Pregnancy in nomal condition 正常経過の妊娠	
Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance (See the other side of this form) 傷病名及び社会保険表章用国際疾病分類表番号		

Description of Services 診療内容	Fee 料金	Description of Services 診療内容	Fee 料金
1. Outpatient 外来 Date of Services 受診日 Initial Visit (in this case) 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 投薬 ☐ Yes ☐ No		7. Operation 手術 Fixation 固定 Dressing 洗浄 Other Procedure (specialy) その他の処置	
3. ☐ Injection 皮下・筋注 ☐ IV treatment 点滴		8. Anesthesia 麻酔 ☐ Local 局部 ☐ Spinal 脊椎 ☐ General 全身	
4. Laboratory / Clinical Exam (specify) 検査 ☐ Urine 尿 ☐ Blood 血液 ☐ ECG (EKG) 心電図 ☐ Ultrasound 超音波検査		9. Operation/Emergency Room 手術室 緊急治療室	
		10. Radiology 画像診断 ☐ X-ray ﾚﾝﾄｹﾞﾝ診断 ☐ CT ｺﾝﾋﾟｭｰﾀｰ断層撮影	
5. Physiotherapy 理学療法 _____ times 回		11. Others (specify) その他 Medical Certificate 診断書	
		Total Fee 合計	

Name and Address of Attending Physician
医師の氏名及び住所 又は病院、診療所の名称及び所在地

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

Date 日付 _____ Physician's Signature医師の署名 _____

※ 現地の医療機関で発行された領収明細書がある場合はそちらを提出ください。
※ 現地での発行がない場合は、医療機関へこの様式Bの記入を依頼してください。

添付資料②

Form B 様式 B

Itemized Receipt
領収明細書

(1)	Free for Initial Office Visit	初診料	$	
(2)	Fee for Follow-up Office Visit	再診料	$	
(3)	Fee for Home Visit	往診料	$	
(4)	Fee for Hospital Visit	入院管理料	$	
(5)	Hospitalization	入院費	$	
(6)	Consultation	診察費	$	
(7)	Operation	手術費	$	
(8)	Injection / IV treatment	皮下・筋注 / 点滴	$	
(9)	Radiology	画像診断料	$	
(10)	Laboratory Tests	諸検査費	$	*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)	Medicines	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)	Anesthetics	麻酔費	$	
(13)	Operating Room Charge	手術室費用	$	
(14)	Physiotherapy	理学療法	$	
(15)	The Others (Specify)	その他(特記せよ)	$	$
			$	$
			$	$
(16)	Total	合計	$	

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i. e, payment for luxurious room charge.
注 意 : 高級室料等治療に直接関係のないものは除いて下さい。

Name and Address of Attending physician ／ Superintendent of Hospital or Clinic
担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name : Last First Title
名前 姓 名

Address : Home 自宅 Phone
住所 Office 病院又は診療所 Phone

Date 日付 Signature 署名

※　現地の医療機関で発行された領収明細書がある場合はそちらを提出ください。

添付資料③

日 本 語 訳

〇症状の概要

〇傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号

※　Sheet疾病分類表をご参照ください

〇処方、手術、その他の処置の概要

〇その他

翻訳者　氏名

訳者が本人の場合もご記入ください。

住所

電話番号

添付資料⑥

調査に関わる同意書　Agreement of Authorization

・治療開始日　Starting date of medication

年 Year　　月Month　　日Day

・患者

（患者名 Name of patient）

（住所 Address）

（生年月日 Date of birth）　年 Year　　月Month　　日Day

日本ヒューレット・パッカード健康保険組合　御中

私（療養を受けた者）、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、
日本ヒューレット・パッカード健康保険組合の職員又は日本ヒューレット・パッカード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、パスポートを日本ヒューレット・パッカード健康保険組合に提示することも併せて同意します。
To: Hewlett-Packard Japan Health Insurance Society
I (patient who has received treatment) authorize Hewlett-Packard Japan Health Insurance Society 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　Signature

署名は、治療を受けた本人が行って下さい。
なお、本人が未成年の場合は親権者が、本人が成年被後見人の場合は成年後見人が、本人が死亡している場合は法定相続人が署名して下さい。
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 Signature）

（住所 Address）

（日付 Date ）　年Year　　月Month　　日Day

（患者との関係 Relation to the insured）　□本人Self　□親権者 Guardian
□法定相続人 Heir　□その他 Other〔　　〕

※本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。
This agreement of authorization expires 6 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.