

被保険者

海外療養費支給申請書

被扶養者

「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 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	健保 康夫									
		番号	○○○○			<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	○○	年	○	月	○	日			
	③被保険者の 住所	〒 -		TEL +1 123-456-○○○○											
	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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			年	月	日						
	⑤傷病名		右足首骨折			⑥発病又は 負傷の年月日 (療養開始日)		<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 ○○年 5月 3日							
	⑦発病又は負傷の 原因及びその経過		自宅の階段で足を滑らせて転倒したため				⑧第三者行為に よるものですか		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ						
	⑨診療を受けた 病院等の名称 及び所在地		名称	○○Hospital			医師 氏名	Dr.○○○							
			所在地	1-2-3 ○○○○ ○○Road NY 12345 U.S.A											
	⑩診療の期間 (支給期間)		(自)	令和	○	年	5	月	3	日 (日数)	⑪入院・ 外来の別		<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来		
			(至)	令和	○	年	5	月	18	日	4	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		US\$ 100.00					
			(至)	令和	年	月	日まで								
	⑭診療の内容		診察、レントゲン												
	⑮渡航期間		令和 ○年 ○月 ○日 から				令和 ○年 ○月 ○日								
	⑯渡航目的		海外勤務中のため												
⑰振込先 被保険者名義の口 座を指定		銀行名	○○銀行		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		支店コード	○	○	○	ケ		ン	ホ	ヤ	ス	オ
		口座番号	○	○	○	○	○	○	○	⑱提出日	令和	○	年	○○	月
		預金種別	普通												

※ 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 _____		<input type="checkbox"/> M 男	<input type="checkbox"/> F 女
Diagnosis 診断 _____		<input type="checkbox"/> Pregnancy 妊娠	
Name of Diseases 傷病名及 _____			
Description 1. Outpatient 1. 外来			
Date of Initial Visit 初診日 _____ (Home/Outpatient/Inpatient) (自宅/外来/入院)		Total 合計 _____ days 日	
Subsequent Visit 再診 _____		Doctor's Fee 入院時医学管理 _____	
_____		Room, Food, etc. 室料・食事療養 _____	
_____		7. Operation 手術	
_____		Fixation 固定 _____	
Total 合計 _____ Visits 回		Dressing 洗浄 _____	
2. Medication <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 投薬 _____		Other Procedure (specialty) 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	
4. Laboratory / Clinical Exam (specify) 検査		<input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Spinal <input type="checkbox"/> General 局部 脊椎 全身 _____	
<input type="checkbox"/> Urine 尿 _____		9. Operation/Emergency Room 手術室 緊急治療室 _____	
<input type="checkbox"/> Blood 血液 _____		10. Radiology 画像診断	
<input type="checkbox"/> ECG (EKG) 心電図 _____		<input type="checkbox"/> X-ray レントゲン診断 _____	
<input type="checkbox"/> Ultrasound 超音波検査 _____		<input type="checkbox"/> CT コンピューター断層撮影 _____	
<input type="checkbox"/> _____ _____		<input type="checkbox"/> _____ _____	
5. Physiotherapy _____ times 理学療法 _____ 回 _____		11. Others (specify) その他 _____	
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 _____		Total Fee 合計 _____	
Reference Number of your Medical Record (if applicable) 診療録の番号 _____			

※現地医療機関が発行した診療内容明細書があればそちらを提出ください。
 ※医療機関が発行したものがなければ、この様式Aを現地医療機関へ記入依頼。

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

※現地医療機関が発行した診療内容明細書があればそちらを提出ください。
 ※医療機関が発行したものがなければ、この様式Bを現地医療機関へ記入依頼。

(1) Free for Inpatient				
(2) Fee for Follow-up				
(3) Fee for Hospitalization				
(4) Fee for Hospitalization				
(5) Hospitalization				
(6) Consultation				
(7) Operation				
(8) Injection / Treatment				
(9) Radiology				
(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。
<hr/>				
(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。
<hr/>				
(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 Signature

日付 署名

日本語訳

○症状の概要

右足首の打撲と骨折

○その他

○傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号

1901 骨折 Fracture

○処方、手術、その他の処置の概要

診療、レントゲン、ギブスで固定

翻訳者 氏名 健保 康夫

住所 3-4-5 ○○○○ ○○Road, NY
12345 U.S.A

電話番号 +1 123-456-○○○○

訳者が本人の場合も
ご記入ください。

調査に関わる同意書 Agreement of Authorization

・治療開始日 Starting date of medication

〇〇〇〇 年 Year 〇〇 月 Month 〇〇 日 Day

・患者

(患者名 Name of patient) 健保 康夫

(住所 Address) 東京都〇〇区〇〇町5-6-7

(生年月日 Date of birth) 〇〇〇〇 年 Year 〇〇 月 Month 〇〇 日 Day

日本ヒューレット・パッカー健康保険組合 御中

私(療養を受けた者)、健保 康夫 は、
日本ヒューレット・パッカー健康保険組合の職員又は日本ヒューレット・パッカー健康保険組合が
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) 健保 康夫

(住所 Address) 東京都〇〇区〇〇町5-6-7

(日付 Date) 〇〇〇〇 年 Year 〇〇 月 Month 〇〇 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か月間です。

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.

社会保険表章用国際疾病分類表（参考資料）

Table of International Classification of Diseases for the use of social Insurance

I 感染症及び寄生虫症 Certain infectious and parasitic diseases	0502 精神作用物質使用による精神及び行動の傷害 Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use
0101 腸管感染症 Intestinal infectious diseases	0503 精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders
0102 結核 Tuberculosis	0504 気分(感情)障害(躁うつ病を含む) Mood[ffective] disorders
0103 主として性的伝播様式をとる感染症 Infections with a Predominantly sexual mode of transmission	0505 神経性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 Neurotic, stress-related and somatoform disorders
0104 皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患 Viral infections characterized by skin and mucous membrane lesions	0506 精神遅滞 Mental retardation
0105 ウイルス肝炎 Viral hepatitis	0507 その他の精神及び行動の障害 Other psychoses and disorders of action
0106 その他のウイルス疾患 other viral diseases	
0107 真菌症 Mycoses	
0108 感染症及び寄生虫の続発・後遺症 Sequelae of infectious and parasitic diseases	VI 神経系の患者 Diseases of the nervous system
0109 その他の感染症及び寄生虫症	0601 パーキンソン病 Parkinson's disease
	0602 アルツハイマー病 Alzheimer's disease
	0603 てんかん Epilepsy
II 新生物 Neoplasms	0604 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群 Cerebral palsy and other paralytic syndromes
0201 胃の悪性新生物 Malignant neoplasm of stomach	0605 自律神経系の障害 Disorders of autonomic nervous system
0202 結腸の悪性新生物 Malignant neoplasm of colon	0606 その他の神経系の疾患 Others Diseases of the nervous system
0203 直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物 Malignant neoplasm of rectosigmoid junction and rectum	
0204 肝炎及び肝内胆管の悪性新生物 Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts	VII 眼及び付属器の疾患 Diseases of the eye and adnexa
0205 気管、気管支及び肺の悪性新生物 Malignant neoplasm of trachea,bronchus and lung	0701 結膜炎 Conjunctivitis
0206 乳房の悪性新生物 Malignant neoplasm of breast	0702 白内障 Cataract
0207 子宮の悪性新生物 Malignant neoplasm of uterus	0703 屈折及び調節の障害 Disorders of refraction and accommodation
0208 悪性リンパ腫 malignant Lymphoma	0704 その他の眼及び付属器の疾患 Other diseases of the eye and adnexa
0209 白血病 Leukaemia	
0210 その他の悪性新生物 Other Malignant neoplasms	VIII 耳及び乳様突起の疾患 Diseases of the ear and mastoid process
0211 良性新生物及びその他の新生物 Other benign neoplasms and other neoplasms	0801 外耳炎 Otitis externa
	0802 その他の外耳疾患 Other disorders of external ear
	0803 中耳炎 Otitis media
	0804 その他の中耳及び乳様突起の疾患 Other diseases of middle ear and mastoid
III 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害 Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism	0805 メニエール病 Disorders of vestibular function
0301 貧血 Anaemias	0806 その他の内耳疾患 Other diseases of inner ear
0302 その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害 Other diseases of blood and blood-forming organs and certain disorders of the immune mechanism	0807 その他の耳疾患 Other diseases of ear
	IX 循環器系の疾患 Diseases of the circulatory system
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患 Endocrine, nutritional and metabolic diseases	0901 高血圧性疾患 Hypertensive diseases
0401 甲状腺障害 Disorders of thyroid gland	0902 虚血性心疾患 Ischaemic heart diseases
0402 糖尿病 Diabetes mellitus	0903 その他の心疾患 Other forms of heart disease
0403 その他の内分泌、栄養及び代謝疾患 Other diseases of endocrine, nutrition and metabolism	0904 くも膜下出血 Subarachnoid hemorrhage
	0905 脳内出血 Intracerebral hemorrhage
	0906 脳梗塞 Occlusion of per cerebral and cerebral arteries
	0907 脳動脈硬化(症) Cerebral arteriosclerosis
	0908 その他の脳血管疾患 Other cerebrovascular diseases
	0909 動脈硬化(症) Atherosclerosis
V 精神及び行動の傷害 Mental and behavioural disorders	0910 痔核 Haemorrhoids
0501 血管性及び詳細不明の痴呆 Vascular dementia and Unspecified dementia	0911 低血圧 Hypotension
	0912 その他の循環器系の疾患 Other disorders of circulatory system
X 呼吸器系の疾患 Diseases of the respiratory system	1402 腎不全 Renal failure
1001 急性鼻咽頭炎[かぜ] Acute nasopharyngitis [common cold]	1403 尿路結石症 Urolithiasis
1002 急性咽頭炎及び急性扁桃腺炎 Acute pharyngitis and tonsillitis	1404 その他の尿路系の疾患 Other diseases of urinary system

1003 その他の急性上気道感染症 Other acute upper respiratory infections	1405 前立腺肥大(症) Hyperplasia of prostate
1004 肺炎 Pneumonia	1406 その他の男性性器の疾患 Other diseases of male genital organs
1005 急性気管支炎及び急性細気管支炎 Acute bronchitis and bronchiolitis	1407 月経障害及び閉経周辺期障害
1006 アレルギー性鼻炎 Vasomotor and allergic rhinitis	Menopausal and postmenopausal disorders
1007 慢性副鼻腔炎 Chronic sinusitis	1408 乳房及びその他女性性器の疾患
1008 急性又は慢性と明示されない気管支炎 Bronchitis, not specified as acute or chronic	Other disorders of breast and female genital organs
1009 慢性閉塞性肺疾患 Chronic obstructive pulmonary disease	<u>X V 妊娠、分娩及び産じょく</u>
1010 喘息 Asthma	Pregnancy, childbirth and the puerperium
1011 その他の呼吸器系の疾患 Other diseases of respiratory system	1501 流産 Pregnancy with abortive outcome
<u>X I 消化器系の疾患 Diseases of the digestive system</u>	1502 妊娠中毒症
1101 う蝕 Dental caries	Oedema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, Childbirth and the puerperium
1102 歯肉炎及び歯周疾患 Gingivitis and periodontal diseases	1503* 単胎自然分娩 Single spontaneous delivery
1103 その他の歯及び歯の支持組織の障害 Other disorders of teeth and supporting structures	1504 その他の妊娠、分娩及び産じょく Others Pregnancy, childbirth and the puerperium
1104 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍 Gastric and duodenal ulcer	<u>X VI 周産期に発生した病態</u>
1105 胃炎及び十二指腸炎 Gastritis and duodenitis	Certain conditions originating in the perinatal period
1106 アルコール性肝疾患 Alcoholic liver disease	1601 妊娠及び胎児発育に関連する障害
1107 慢性肝炎(アルコール性のものを除く) Chronic hepatitis, not elsewhere classified	Disorders related to length of gestation and fetal growth
1108 肝硬変(アルコール性のものを除く) Liver cirrhosis not elsewhere classified	1602 その他の周産期に発生した病態 Others Certain conditions originating in the perinatal period
1109 その他の肝疾患 Other disorders of liver	<u>X VII 先天奇形、変形及び染色体異常</u>
1110 胆石症及び胆のう炎 Cholelithiasis and cholecystitis	Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities
1111 膵疾患 Diseases of pancreas	1701 心臓の先天奇形 Congenital anomalies of heart
1112 その他の消化器系の疾患 Other diseases of digestive system	1702 その他の先天奇形、変形及び染色体異常 Others Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities
<u>X II 皮膚及び皮下組織の疾患</u> Diseases of the skin and subcutaneous tissue	<u>X VIII 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの</u>
1201 皮膚及び皮下組織の感染症 Infections of the skin and subcutaneous tissue	Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not Elsewhere classified
1202 皮膚炎及び湿疹 Dermatitis and eczema	1800 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not Elsewhere classified
1203 その他の皮膚及び皮下組織の疾患 Others Diseases of the skin and subcutaneous tissue	
<u>X III 筋骨格系及び結合組織の疾患</u> Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	<u>X IX 損傷、中毒及びその他の外因の影響</u>
1301 炎症性多発性間接障害 Inflammatory polyarthropathies	Injury, poisoning and certain other consequences of external causes
1302 関節症 Arthrosis	1901 骨折 Fracture
1303 脊椎障害(脊椎症を含む) Spondylopathies	1902 頭蓋内損傷及び内臓の損傷 Intracranial damage and internal organ damage
1304 椎間板障害 Intervertebral disc disorders	1903 熱傷及び腐食 Burns and corrosions
1305 頸腕症候群 Cervicobrachial	1904 中毒 Poisoning
1306 腰痛症及び座骨神経痛 Low back pain and sciatica	1905 その他の損傷及びその他の外因の影響 Others Injury, poisoning and certain other consequences of external causes
1307 その他の脊柱障害 Other dorsopathies	
1308 肩の障害 Shoulder lesions	
1309 骨の密度及び構造の障害 Disorders of bone density and structure	
1310 その他の筋骨格系及び結合組織の疾患 Other diseases of skeletal muscles and connective tissues	
<u>X IV 泌尿器系の疾患 Diseases of the genitourinary system</u>	注: 1503番(*印)は社会保険は適用されません。
1401 糸球体疾患及び腎尿管間質性疾患 Glomerular diseases	Important : No.1503 with asterisk is not covered by the social insurance.