

被保険者

海外療養費支給申請書

被扶養者

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の 記号・番号	記号 番号	②被保険者の 氏名と生年月日	□昭和 □平成 年 月 日			
	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 氏名	生年月日 □昭和 □平成 □令和	年	月	日	被保険者との続柄
	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 所在地	医師 氏名				
	⑩診療の期間 (支給期間)	(自) 令和 年 月 日 (至) 令和 年 月 日	(日数)			⑪入院・ 外来の別	□入院 □外来
	⑫入院の場合 入院期間	(自) 令和 年 月 日から (至) 令和 年 月 日まで	⑬療養に要した 費用の額				
	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		□当座 □普通
		口座番号	⑱提出日		令和	年	月 日

日本ヒューレット・パッド健康保険組合

受付日付印

※ 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	<input type="checkbox"/> M 男	<input type="checkbox"/> F 女
Diagnosis / Symptom 診断 症状		<input type="checkbox"/> Sick 疾病 <input type="checkbox"/> Preventive care 予防的診療 <input type="checkbox"/> Pregnancy in normal 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			6. Inpatient 入院		
Date of Services 受診日			From _____ to _____		
Initial Visit (in this case) 当件の初診日			(Admission 入院) (Discharge 退院)		
Subsequent Visit 再診			Total 合計 _____ days 日		
_____			Doctor's Fee 入院時医学管理 _____		
_____			Room, Food, etc. 室料・食事療養 _____		
_____			7. Operation 手術		
Total 合計 _____ Visits 回			Fixation 固定		
2. Medication <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			Dressing 洗浄		
投薬 _____			Other Procedure (specialty) その他の処置		
3. <input type="checkbox"/> Injection <input type="checkbox"/> IV treatment			8. Anesthesia 麻酔		
皮下・筋注 点滴 _____			<input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Spinal <input type="checkbox"/> General		
4. Laboratory / Clinical Exam (specify) 検査			局所 脊椎 全身 _____		
<input type="checkbox"/> Urine 尿 _____			9. Operation/Emergency Room		
<input type="checkbox"/> Blood 血液 _____			手術室 緊急治療室 _____		
<input type="checkbox"/> ECG (EKG) 心電図 _____			10. Radiology 画像診断		
<input type="checkbox"/> Ultrasound 超音波検査 _____			<input type="checkbox"/> X-ray レントゲン診断 _____		
<input type="checkbox"/> _____ _____			<input type="checkbox"/> CT コンピューター断層撮影 _____		
<input type="checkbox"/> _____ _____			<input type="checkbox"/> _____ _____		
5. Physiotherapy _____ times			11. Others (specify) その他		
理学療法 _____ 回 _____			<input type="checkbox"/> _____ _____		
			<input type="checkbox"/> _____ _____		
			<input type="checkbox"/> Medical Certificate		
			診断書 _____		
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		
_____			_____		
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 Signature _____
 日付 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

○症状の概要

○その他

○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

○処方、手術、その他の処置の概要

翻訳者 氏名

住所

電話番号

訳者が本人の場合も
ご記入ください。

