

保険者記入欄	資格	取得	年	月	日
		喪失	年	月	日
	療養	始	年	月	日
		終	年	月	日

健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書(海外療養費・医科)

★記号・番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください

□□□□□□	□□□□□□	□□□□□□
--------	--------	--------

被 保 者 記 入 欄	① 被保険者証等の 記号・番号	記号 番号	② 被保険者氏名		昭・平 年 月 日		
	③ 現住所 電話番号	〒		日中連絡の取れる電話番号 ( )			
	④ 事業所の名称						
	⑤ 家族が治療を 受けたとき	家族氏名	昭・平・令 年 月 日		⑥ 被保険者 との続柄		
	⑦ 病名			⑧ 発病または 負傷の年月日	昭・平・令 年 月 日		
	⑨ 発病または 負傷の原因					第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	⑩ 病気(けが) の経過						
	⑪ 診療を受けた 病院等の 名称、所在地 医師名	名称			電話番号	( )	
		所在地			医師氏名		
	⑫ 診療または 手当の内容			⑬ 療養または手当に 要した費用の額	円		
	⑭ 診療または手当 を受けた期間	自令和 年 月 日 至令和 年 月 日	日間	入院期間	自令和 年 月 日 至令和 年 月 日		
	⑮ 健康保険被保険 者証(保険証) を使用出来な かった理由						

資格喪失後の請求の場合、請求者名義の金融機関情報が必要となります。

⑯	銀行番号	支店番号	1. 普通	口座番号						
	銀行		支店	2. 当座						
	フリガナ						R6.12 東京広告業健康保険組合			
	口座名義						受付日付印			

上記のとおり療養費を申請します。

社会保険労務士 の提出代行者印	
--------------------	--

不明な点は、業務第2課までお問い合わせください (03-6226-4534)

## Request to Attending Physician

担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.  
この様式は患者の社会保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
2. This form should be completed and signed by the attending physician.  
この様式は担当医が書き、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out.  
各月ごと、入院・外来ごとにこの様式が必要となります。

## Attending physician's Statement

診 療 内 容 明 細 書

Form A 様式 A

1. Name of patient (Last, First)  Age (Date of Birth)  Sex   
患 者 名 ( ) 年 齡 (生 年 月 日) ( / / ) 性 別 (男 ・ 女)

2. Name of illness of injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance (Please refer to the table attached to this form).

傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号(付録参照)  (No. )  翻訳

3. Date of First Diagnosis  初 診 年 月 日  
初 診 日

4. Day of Diagnosis and Treatment  days  
診 療 日 数 日 間

5. Type of Treatment

診 療 の 分 類

- Hospitalization From  to  (  day's )  
入 院 (自 年 月 日) (至 年 月 日) ( 日間 )
- Outpatient From  to  (  visit )  
外 来 (自 年 月 日) (至 年 月 日) ( 回 )
- Home Visit From  to  (  visit )  
往 診 (自 年 月 日) (至 年 月 日) ( 回 )

6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief).  
症 状 の 概 要

翻訳

7. Prescription, operation and any other treatments (in brief).  
処 方 、 手 術 そ の 他 の 処 置 の 概 要

翻訳

8. Was the treatment required as a result of an accidental injury?  Yes (はい)  No (いいえ)  
治 療 は 事 故 の 傷 病 に よ る も の で す か

9. Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending Physician. Fill in Form B  
項 目 別 治 療 費 実 費 様 式 B に よ る

10. Name and Address of Attending Physician  
担 当 医 の 名 前 及 び 住 所

Name Last  First  Title

Address Home  phone

Office  phone

Date  年 月 日 Signature 署名

Attending Physician 担 当 医

Reference Number of your Medical Record (if applicable)  
診 療 録 の 番 号

## Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital/Clinic

担当医又は病院事務長へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.  
この様式は患者の社会保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
2. This form should be completed and signed by either the attending physician or the superintendent of a hospital/clinic.  
この様式は担当医又は病院の事務長が書き、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out.  
各月ごと、入院・外来ごとにこの様式が必要となります。
4. If not in dollars, please specify the unit used.  
ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いてください。

## Itemized Receipt / 領収明細書

Form B 様式 B

1 Fee 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 Professional Nursing	職 業 看 護 師 費		
9 X Ray Examinations	X 線 検 査 費		
10 Laboratory Tests	諸 検 査 費		
11 Medicines	医 薬 費		
12 Surgical Dressing	包 帯 費		
13 Anaesthetics	麻 酔 費		
14 Operating Room Charge	手 術 室 費 用		
15 The Others (Specify)	そ の 他		
16			
17			
18			
19 Total	合 計		Unit is <input style="width: 100px;" type="text"/>

通貨単位

**Important Note** Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e., payment for a luxurious room charge.  
**注 意** 高級室料等治療に直接関係ないものは除いてください。

Name and Address of Attending Physician / Superintendent of Hospital or Clinic

担 当 医 の 名 前 及 び 住 所

Name	Last <input style="width: 100%;" type="text"/>	First <input style="width: 100%;" type="text"/>	Title <input style="width: 100%;" type="text"/>
Address	Home <input style="width: 100%;" type="text"/>	phone <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Office <input style="width: 100%;" type="text"/>	phone <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Date	<input style="width: 100%;" type="text"/>	年 月 日	Signature 署名 <input style="width: 100%;" type="text"/>

Attending Physician 担 当 医

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

# Request to Attending Physician

担当医へのお願い

- Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.  
この様式は患者の社会保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
- This form should be completed and signed by the attending physician.  
この様式は担当医が書き、かつ署名してください。
- One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out.  
各月ごと、入院・外来ごとにこの様式が必要となります。

## Attending physician's Statement

診療内容明細書

Form A 様式 A

1. Name of patient (Las , First) \_\_\_\_\_ Age (Date of Birth) \_\_\_\_\_ Sex \_\_\_\_\_  
 患者名 ( ) 年齢(生年月日) ( / / ) 性別(男・女)

2. Name of illness of injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance (Please refer to the table attached to this form).

傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号(付録参照) \_\_\_\_\_ (No. ) \_\_\_\_\_  
 翻訳 \_\_\_\_\_

3. Date of First Diagnosis \_\_\_\_\_ 初診年月日  
 初診日

4. Day of Diagnosis and Treatment \_\_\_\_\_ days  
 診療日数 \_\_\_\_\_ 日間

5. Type of Treatment  
 診療の分類

Hospitalization From \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ day's )  
 入院 (自 年 月 日) (至 年 月 日) ( \_\_\_\_\_ 日間)

Outpatient From \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ visit )  
 外来 (自 年 月 日) (至 年 月 日) ( \_\_\_\_\_ 回)

Home Visit From \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ visit )  
 往診 (自 年 月 日) (至 年 月 日) ( \_\_\_\_\_ 回)

6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief).  
 症状の概要

\_\_\_\_\_ 翻訳 \_\_\_\_\_

7. Prescription, operation and any other treatments (in brief).  
 処方、手術その他の処置の概要

\_\_\_\_\_ 翻訳 \_\_\_\_\_

8. Was the treatment required as a result of an accidental injury?  
 治療は事故の傷病によるものですか

Yes (はい)  No (いいえ)

9. Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending Physician.  
 項目別治療費実費

Fill in Form B  
 様式Bによる

10. Name and Address of Attending Physician  
 担当医の名前及び住所

Name Last \_\_\_\_\_ First \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_

Address Home \_\_\_\_\_ phone \_\_\_\_\_

Office \_\_\_\_\_ phone \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ 年 月 日 Signature 署名 \_\_\_\_\_

Attending Physician 担当医

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

\_\_\_\_\_

## Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital/Clinic

担当医又は病院事務長へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.  
この様式は患者の社会保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
2. This form should be completed and signed by either the attending physician or the superintendent of a hospital/clinic.  
この様式は担当医又は病院の事務長が書き、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out.  
各月ごと、入院・外来ごとにこの様式が必要となります。
4. If not in dollars, please specify the unit used.  
ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いてください。

## Itemized Receipt / 領収明細書

Form B 様式 B

1 Fee 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 Professional Nursing	職業看護師費		
9 X Ray Examinations	X線検査費		
10 Laboratory Tests	諸 検 査 費		
11 Medicines	医 薬 費		
12 Surgical Dressing	包 帯 費		
13 Anaesthetics	麻 酔 費		
14 Operating Room Charge	手術室費用		
15 The Others (Specify)	そ の 他		
16			
17			
18			
19 Total	合 計		Unit is <input style="width: 100px;" type="text"/> 通貨単位

**Important Note** Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e., payment for a luxurious room charge.  
**注 意** 高級室料等治療に直接関係ないものは除いてください。

Name and Address of Attending Physician / Superintendent of Hospital or Clinic

担当医の名前及び住所

Name	Last <input style="width: 100%;" type="text"/>	First <input style="width: 100%;" type="text"/>	Title <input style="width: 100%;" type="text"/>
Address	Home <input style="width: 100%;" type="text"/>	phone <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Office <input style="width: 100%;" type="text"/>	phone <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Date	<input style="width: 100%;" type="text"/>	年 月 日	Signature 署名 <input style="width: 100%;" type="text"/>

Attending Physician 担当医

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

# 記入上の注意

- ・標題の「被保険者」「家族」の文字は、いずれか該当する方を○で囲んでください。
- ・標題の「家族」の文字を○で囲んだ場合は、⑤⑥の欄を必ず記入してください。
- ・退職後の請求の場合は、⑩欄の振込み希望の銀行口座（請求者本人名義）を必ず記入してください。なお、任意継続被保険者の方の場合、保険料の引き落とし口座に振り込みますので記入は不要です。

被 保 者 記 入 欄	記入例	取得	年	月	日	
		資格喪失	年	月	日	
		療養	始	年	月	日
			終	年	月	日

健康保険

被保険者  
家 族

療養費支給申請書(海外療養費・医科)

被 保 者 記 入 欄	① 被保険者証の記号	9999	被保険者氏名	東広 太朗		
	① 被保険者証の番号	99999	② 生 年 月 日	昭・平 40年 10月 10日		
	③ 現住所電話番号	〒 104 - 0045 日中連絡の取れる電話番号 090 (1234) 5678		東京都中央区築地〇-〇-〇		
	④ 事業所の名称	株式会社 アドけんぼ				
	⑤ 家族が治療を受けたとき	家族氏名	東広 花子		⑥ 被保険者との続柄	妻
		生 年 月 日	昭・平・令 41年 12月 31日			
	⑦ 病 名	② 急性胃炎		⑧ 発病または負傷の年月日	昭・平 令 1年 5月 5日	
	⑨ 発病または負傷の原因	原因は不明				③ <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	⑩ 病気(けが)の経過	腹痛および嘔吐がひどかったが、薬で症状が落ち着いた。				
	⑪ 診療を受けた病院等の名称、所在地	名称	〇〇〇〇〇〇〇〇		電話番号	12 (3456) 7890
		所在地	中国 北京市〇〇〇〇〇〇		医師氏名	〇〇〇〇
	⑫ 診療または手当の内容	検査を実施、点滴および投薬を受けた		⑬ 療養または手当に要した費用の額	4,460(人民元) 円	
	⑭ 診療または手当を受けた期間	自令和 1年 5月 5日	1 日間	入院期間	自令和 年 月 日	
	⑭ 診療または手当を受けた期間	至令和 年 月 日		入院期間	至令和 年 月 日	
	⑮ 健康保険被保険者証(保険証)を使用出来なかった理由	旅行先で体調を崩したが、海外であった為、保険証を使用することができず、自費となった				
資格喪失後の請求の場合、請求者名義の金融機関情報が必要となります。						
銀行番号		支店番号		1. 普通	口座番号	

① 被保険者証の記号番号を記入してください。

② 病名が「けが」によるもの場合は、負傷の原因を調査しますので、「負傷原因届」を必ず提出してください。

③ 「第三者行為によるものですか」で「はい」にチェック(☑)した場合は、「第三者行為による傷病届」を必ず提出してください。

【記入を間違えた場合】ご記入いただいた内容に訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

**【添付書類】**

- ・海外の病院で発行された「診療内容明細書」
- ・海外の病院で発行された「領収明細書」
- ・領収書
- ・これらの日本語訳(翻訳者の住所・氏名を記入したもの。なお、翻訳者は被保険者、被扶養者以外の第三者に限ります。)
- ・パスポートの写し(本人確認できるページと出国・入国スタンプの押されたページ)