

常務理事	事務長	担当	係

海外 療養費・家族療養費 支給申請書

申請日 年 月 日

被保険者等の	記号		被保険者氏名		
	番号		生年月日	年 月 日	
※記号・番号が不明の場合は、番号欄に社員番号をご記入ください。					
被保険者の住所		〒 _____ TEL. - -			
渡航先			事業所名称		
家族が療養を受けた時	家族氏名		続柄		
	生年月日			年 月 日	
傷病名		発病または負傷の年月日		年 月 日	
発病または負傷の原因		傷病の経過		完治・通院中・入院中・療養中	
診療を受けた病院または診療所	名称		入院・入院外 (○で囲む)		入院 ・ 入院外
	所在地		医師の氏名		
診療期間		年 月 日 ~		診療に要した	
		年 月 日 計 日間		金額	
				総額	
				通貨	
日本国内で受診出来なかった理由		<ul style="list-style-type: none"> ・出張中 ・赴任中 ・その他(理由 _____) 		<small>→(別紙注意事項5参照) ※日本国内に居住する外国籍の被扶養者については身分証明書のコピーを添付</small>	
第三者の行為による負傷の場合		加害者名			
		加害者住所			

給付金支払先	給付金支払先は、原則、給与振込口座となります。 <small>尚、給与振込口座へ振り込みを希望されない方は、以下いずれかにチェックを入れてください。(被保険者名義の口座に限る)</small>				
	<input type="checkbox"/>	<small>マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 注) 口座情報の反映には、登録から数日を要します。</small>			
<input type="checkbox"/>	<small>給与振込口座、マイナポータル等で事前登録した公金受取口座以外を希望します。 〔必要添付書類〕 金融機関名称、支店名、口座番号、口座名義の確認できるもののコピー 注1) 海外送金はできません。 注2) 電子マネーでの送金はできません。</small>				

事業所証明欄	1. 当該申請者である被保険者は、業務命令により海外勤務していることを証明します。 2. 当該申請の治療を受けた被扶養者は、上記被保険者に帯同していることを証明します。 ※上記、1. 2. のうち、該当する番号に○を付けてください。	印
--------	--	---

※別紙【注意事項】をよく読んでから、事業所経由で提出してください。

/ 受 付 印 \

【注意事項】

1. 海外での在住中・旅行中の負傷や疾病にかかった医療費は、申請により健康保険組合から償還されます。
※海外の医療機関での治療を目的として海外に出かけた場合は、海外療養費の支給対象外です。
※請求期限は、治療費を支払った日の翌日から2年ですので、すみやかに手続きしてください。
※予防接種・正常分娩費用・海外での健康診断費用・業務上の負傷については給付対象外です
2. 申請に必要な書類は、「海外療養費・家族療養費支給申請書」、「様式A・B・C」、「領収書の原本」、「調査に関わる同意書」です。
・歯科以外を受診した場合：様式A・Bを医師または病院に証明を依頼してください。
・歯科を受診した場合：様式Cを歯科医または病院に証明を依頼してください。
3. 各証明(様式A・B・C)それぞれに翻訳文A・B・Cへ日本語訳を記入し、翻訳者が署名捺印してください。(本人が翻訳した場合も同様)
4. 申請書は、受診者ごと、受診月(1日～月末)ごと、医療機関ごと、入院・外来の別、薬局(院外処方)ごとに1枚作成してください。月またがり又は複数の医療機関を1枚の申請書で作成されたものは無効です。
5. 日本国外に居住する外国籍の被扶養者については、身分証明証(居住地が記載されたページ)の写しを添付してください。
6. 業務以外で渡航した場合は、上記の書類とあわせて航空券、パスポート等“海外に渡航した事実が確認できる書類”の写しを添付してください。
例)パスポートの場合、「氏名のページと、滞在国の入国・出国の押印が確認できるページ」
7. 申請書類は、事業所経由でご提出ください。
8. 事業主は、「事業所証明欄」へ証明をしてください。

1. This form is used for claiming the social insurance benefit.
2. This form should be completed and signed by the attending physician or the superintendent of a hospital/clinic.
3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient home visit.

Attending Dental's Statement and Itemized Receipt

Name of Patient _____ Age _____ Sex (Male : Female)

Date of First Diagnosis _____ Days of Diagnosis and Treatment _____ days

Localization of Teeth						
Permanent Teeth				Deciduas Teeth		
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	e d c b a	a b c d e			
R _____	L _____	R _____	L _____			
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	e d c b a	a b c d e			
1. Name of Illness						
1. Dental Caries	2. Missing Teeth	3. Pyorrhea Alveolaris	4. The Others			
_____	_____	_____	_____			
2. Dental Treatment	Localization of Teeth Examined	Material	Medical care date			Fee
			MO.	DA.	YR.	
* Initial Office Visit						
* Fee for Follow-up Office Visit						
* Hospitalization						
* X-Ray Examination						
* Dental Pulp Extirpation						
* Operation						
* Extraction						
* Filling						
* Inlay						
* Metal Crown						
* Post Crown						
* Jacket Crown						
* Bridge Work						
* Plate Denture						
Partial Denture						
Complete Denture						
* Treatment of Pyorrhea Alveolaris						
* Medicine						
* The Others(Specify)						
Receipt day	Mo. DA. YR.	Total				

Name of Attending Physician / Address of Hospital or Clinic.

Attending Physician Name : Last _____ First _____

 Name of Hospital or Clinic

 Address of Hospital or Clinic

 Date _____ Signature _____

歯科診療内容明細書 兼 領収明細書

受診者名 _____

年齢 _____

性別 (男性 女性) _____

初診日 _____

診療日数 _____ days

Localization of Teeth 部位								
Permanent Teeth 永久歯				Deciduas Teeth 乳歯				
8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8		e d c b a		a b c d e		
R	_____						L	
8 7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7 8		e d c b a		a b c d e		

1. 傷病名			
1. う蝕症	2. 欠損	3. 歯槽膿漏	4. その他
_____	_____	_____	_____

2. 歯科治療	患歯部位	材料	治療日付			治療費
			月	日	年	
* 初診料						
* 再診料						
* 入院料						
* レントゲン検査						
* 抜髄						
* 手術						
* 拔牙						
* 充鎮						
* インレー						
* 金属冠						
* 継続歯						
* ジャケット冠						
* ブリッジ						
* 有床義歯 局部義歯 総義歯						
* 歯槽膿漏処置						
* 投薬						
* その他(特記せよ)						
領収日	西暦 年 月 日	合計				

担当医の名前及び病院住所

名前 : Last 姓 _____ First 名 _____

病院または診療所名称 : _____

病院または診療所住所 : _____

翻訳者

住所 _____

氏名 _____ (印)