

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. - -				
提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)				
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 ~		診療に要した金額	総額	
	年 月 日 計 日間			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				

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
--------	--	---

受 付 印

[注1] 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。

[注2] 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請を希望する場合は健保組合までご相談ください。

[注3] 給付金支払先は、原則、給与振込口座となります。
 給与口座以外への振込を希望される方は、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を添付してください。(振込は被保険者本人名義の口座に限ります。)

【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。

Form C
様式 C

1. This form is used for claiming the social insurance benefit.
この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。
2. This form should be completed and signed by the attending physician or the superintendent of a hospital/clinic.
この様式は担当医が書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient home visit.
各月ごと、入院・入院外ごとに付きこの様式が1枚必要です。

Attending Dental's Statement and Itemized Receipt 歯科診療内容明細書 兼 領収明細書

Name of Patient 受診者名 _____ Age 年齢 _____ Sex (Male : Female) 性別 _____

Date of First Diagnosis 初診日 _____ Days of Diagnosis and Treatment 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 _____	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 傷病名

1. Dental Caries う蝕症	2. Missing Teeth 欠損	3. Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏	4. The Others その他
_____	_____	_____	_____

2. Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Material 材料	Medical care date			Fee 治療費
			MO.	DA.	YR.	
* Initial Office Visit 初診料						
* Fee for Follow-up Office Visit 再診料						
* Hospitalization 入院料						
* X-Ray Examination レントゲン検査						
* Dental Pulp Extirpation 抜髄						
* Operation 手術						
* Extraction 抜歯						
* Filling 充填						
* Inlay インレー						
* Metal Crown 金属冠						
* Post Crown 継続歯						
* Jacket Crown ジャケット冠						
* Bridge Work ブリッジ						
* Plate Denture 有床義歯						
Partial Denture 局部義歯						
Complete Denture 総義歯						
* Treatment of Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏処置						
* Medicine 投薬						
* The Others(Specify) その他(特記せよ)						
Receipt day 領収日	Mo. DA. YR.	Total 合計				

Name of Attending Physician / Address of Hospital or Clinic.
担当医の名前及び病院住所

Attending Physician Name 名前 : Last 姓 _____ First 名 _____

Name of Hospital or Clinic 病院または診療所名称 : _____

Address of Hospital or Clinic 病院または診療所住所 : _____

Date 日付 _____ Signature 署名 _____

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	永久歯	Deciduas Teeth 乳歯	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	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						
* 抜歯						
* 充填						
* 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)

電話 _____

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

・治療開始日 (Starting date of medication) (西暦) _____ 年 (Year) _____ 月 (Month) _____ 日 (Day)

・患者 (Patient) (両方お書きください)

(患者名) _____ (Name of patient) _____

(住所) _____ (Address) _____

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

FR健康保険組合 御中

私 (療養を受けた者)、は、FR健康保険組合の職員又はFR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FR健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To: FR Health Insurance Organization

I (patient who has received treatment) authorize FR Health Insurance Organization 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・押印欄

Signature

署名・押印は、治療を受けた本人が行って下さい。なお、次の場合は、親権者 (本人が未成年の場合)、成年後見人 (本人が成年被後見人の場合) 法定相続人 (本人が死亡している場合) が署名、押印して下さい。

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 (Heir) ・ 法定相続人 (Guardian) ・ 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.