

健康保険 海外療養費 支給申請書

1 2 3 4

被保険者(申請者)記入用

令和 年 月 日 提出

被保険者(申請者)情報	記号	番号	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		
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)				
	氏名 (フリガナ)			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
住所	(〒)	()	都 道 府 県	年 月 日	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> 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。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。				
	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所		
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)		
口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。				

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

決定年月日	令和 年 月 日
支払年月日	令和 年 月 日
支給決定 金額	円
常務理事	事務長 担当者

支払済印	受付日付印

健康保険 海外療養費 支給申請書

1 2 3 4

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容	1 受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)		
	1 - ①家族の場合はその方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	2 傷病名		3 発病または 負傷年月日	令和 年 月 日
	4 発病の原因および経過 (詳しく)	<input type="checkbox"/> 病気 (原因および経過) <input type="checkbox"/> ケガ → 「負傷原因届」を併せてご提出ください。		
	5 診療を受けた医療機関等の 国名	名称	所在地	診療した医師等の氏名
		名称	所在地	診療した医師等の氏名
	6 診療を受けた期間	(令和) 年 月 日	年 月 日	日数 日
	6 - ①上記の期間に 入院していた場合は、 その期間	(令和) 年 月 日	年 月 日	日数 日
	7 療養に要した費用の額	_____ ()通貨単位を記入してください。(例：アメリカドル)		
8 診療の内容				
9 受診者の情報	(1) 受診者の海外渡航期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ※海外渡航期間が確認できる書類として、以下のいずれかの書類を添付してください。(海外勤務者除く) ・パスポートの写し(①氏名、顔写真と②当該期間の出入国スタンプのページ) ・査証(ビザ)の写し(氏名と有効期限が記載されたもの) ・航空券の写し(eチケットの控えを含む) (2) 診療を受けた期間における海外渡航(滞在)の理由を選んでください。 <input type="checkbox"/> 海外勤務(同行家族を含む) <input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> その他			

- 注) 1.領収書(原本)を添付してください。
 2.傷病が第三者行為によるときは、「第三者の行為による傷病届」を添付してください。
 3.被保険者が亡くなられ、相続人の方が請求する場合被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等が必要です。

「療養担当者記入用」は3ページに続きます。>>>

Form A
様式 A

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

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.
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, one form for hospitalization/outpatient and home visit.
各月ごと、入院・入院外ごとにこの様式が1枚必要です。

Attending Physician's Statement
診療内容明細書

1. Name of patient (Last, First) Age (Date of birth) Gender (Male - Female)
患者名 _____ 年齢(生年月日) _____ 性別(男・女)

2. Name of Illness or Injury.
傷病名 _____

3. Date of First Diagnosis: _____
初診日

4. Days of Diagnosis and Treatment: _____ days
診療日数

5. Type of Treatment
治療の分類

Hospitalization: From _____, _____ to _____, _____ (days)
入院 自 至 (日間)

out patient or Home Visit: _____, _____, _____
入院外

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

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

8. Was the treatment required as a result of an accidental injury? Yes No
治療は事故の傷害によるものですか。 はい いいえ

9. Itemized amounts paid to Hospital and/ or Attending Physician. : Form B
治療実費 様式 B

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

Name 名前	: Last 姓	First 名	Title 称号
Address 住所	: Home 自宅		Phone 電話
	Office 病院又は診療所		Phone 電話

Date 日付 _____ Signature 署名 _____
Attending Physician 担当医

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

「療養担当者記入用」は4ページに続きます。 >>>

Form B
様式 B

Itemized Receipt 領収明細書

(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	職業看護婦費	\$ _____
(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) Anesthetics	麻酔費	\$ _____
(14) Operating Room Charge	手術室費用	\$ _____
(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ください。

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 名前 : Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____
Address 住所 : Home 自宅 _____ Phone 電話 _____
Office 病院又は診療所 _____ Phone 電話 _____

Date 日付 _____ Signature 署名 _____

同意書 Agreement of Authorization

海外療養費支給申請書類にある事実（療養行為を行った日時、場所、療養内容等）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、当該者からその照会内容について情報提供を受けることに同意します。

In order to confirm the facts (date, time and place of medical treatment, treatment details, etc.) stated in the form for claiming overseas medical treatment benefits, I agree that an inquiry shall be made of the person who performed the medical treatment, wherein such an inquiry is conducted by, for example, providing the claim form, to obtain information from the said person regarding the content of the inquiry.

【署名・押印欄】

KOA健康保険組合 御中

署名日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

●療養を受けた者の署名欄

患者氏名： _____ (印)

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所： _____

※海外に居住している場合は、国名から記入してください

●代理人の署名欄

氏名： _____ (印)

住所： _____

療養を受けた者との関係： 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）
その他（ _____ ）