ソニー健康保険組合　理事長殿

健康保険　被保険者
　　家族

《 記 入 例 》

請　書（海外）

チェック必須

直筆で署名してください

◆申請者確認欄（チェック必須）	☑ 記載内容については、申請者（被保険者）本人が記入・確認し		
	☑ 在職中の給付金は事業主（⑤の本籍会社）経由で受領します		

被保険者が記入するところ

①被保険者の記号・番号	記号 999 番号 999999	②被保険者の氏名	健保　太郎
③被保険者の住所 ※支給決定通知書の送付、及び不備書類返却の際に使用します	〒 111 － 1111 ○○県△△市××町 99-99		
④日中連絡の取れる電話番号 ※お問い合わせの際に使用します※複数可	☑自宅 □勤務先 □携帯 ： 999－ 9999－ 9999 □自宅 □勤務先 ☑携帯 ： 090－ 9999－ 9999 メールアドレス ： abcdef999@●●●.××		
⑤被保険者の本籍会社名 ※任意継続被保険者・特例退職被保険者は記入不要	※出向中の方は出向元会社（給与の支払を受けている会社） ○○××株式会社		
⑥ 傷 病 名	虫垂炎	⑦発病又は負傷の年月日	令和 5 年 5 月 1 日 （負傷の場合は 10 時頃）
⑧発病又は負傷の原因	不詳	⑨第三者の行為によるものですか	□はい ☑いいえ
⑩診療を受けた医療機関の	(a)名称： ×××Hospital (c)医師名： John smith	(b)所在地： 100 Kapiolani, honolulu, Hawaii 976300 (d)国名： アメリカ合衆国	
⑪診療の内容	入院、手術		
⑫診療の期間	令和 5 年 5 月 1 日から 令和 5 年 5 月 5 日まで 5 日間	⑬診療に要した費用・通貨	US $1,180_
⑭療養の給付を受けられなかった理由	海外旅行中、朝食後に急な腹痛で嘔吐したため病院に行った		

⑮被扶養者に関する申請のときはその者の	(a)氏　名	(b)生 年 月 日	(c)被保険者との続柄
	健保　花子	昭・平・令 50 年 4 月 1 日	妻

退職者・退職予定者

この請求書を提出する時点で既に退職している方または1か月以内に退職予定がある方は記入

退職している 退職の予定あり			特例退職被保険者
振込先口座 ●どちらか一方を記入	銀		口座名義人
	郵		

□ 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。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

在職中、1か月以内に退職予定のない方は記入不要

（注）この申請書には添付書類が必要です。

受　付　印

注意事項

1.『療養費支給申請書（海外）』は診療月毎の入院、外来（入院外）に分けてご記入下さい。
2.添付書類（パスポート以外は全て原本）
『診療内容明細書（様式A）』現地医師の証明。診療月毎の入院、外来（入院外）に分けてご準備下さい。
『領収明細書（様式B）』現地医師の証明。診療月毎の入院、外来（入院外）に分けてご準備下さい。
※歯科の場合は、様式AとBに代わり、様式Cが必要です。
『日本語訳』 診療内容明細書が外国語の場合は日本語訳の添付が必要です。
『領収書』
『パスポートのコピー』※渡航日及び旅券番号の確認出来るページを添付下さい。
3.訂正した場合は、必ず訂正箇所にサインして下さい。
4.提出された申請書及び添付書類については返却致しません。（不備書類の場合を除く）

※個人情報の保護について：この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用致しません。

Form A
様式A

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。

現地の医師（医療機関）に記入をしてもらう

Attending Physician's Statement
診療内容明細書

1. Name of patient(Last,First) Date of Birth (Age) Sex (Male・Female)

患者氏名 Hanako kenpo 生年月日 S50.4.1 性別（男 女）

2. 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番号 虫垂炎 1112

「社会保険表章用国際疾病分類表」を確認し、該当のコードを記入

3. Date of First Diagnosis : 1. May , 2020
初 診 日

4. Days of Diagnosis and Treatment 5 days
診 療 日 数

5. Type of Treatment
治 療 の 分 類

☑ Hospitalization : From 1. May , 20 20 to 5. May , 20 20 (5 days)
入 院 自 至 (日間)

☐ Out patient or Home Visit : _____ , 20 _____ _____ , 20 _____
入 院 外 _____ , 20 _____ _____ , 20 _____

6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)

症 状 の 概 要

発熱、嘔吐、腹部の痛み

7. Prescription, operation and any other treatments (in brief)

処方、手術その他の処置の概要

虫垂切除

8. Was the treatment required as a result of an accidental injury ? Yes ☐ No ☑
治療は事故の障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 smith First 名 John

Address 住所 Office 病院又は診療所 ×××Hospital

100 Kapiolani, honolulu, Hawaii 976300 Phone 電話番号 +9 999 - 99 - 9999

Date 日付 5. May. 2020 Signature 署名 John smith

Attending Physician 担当医

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

R6.10

Form B
様式B

現地の医師（医療機関）に記入をしてもらう

Itemized Receipt
領収明細書

(1) Fee for Initial Office Visit	初診料	$ 30	
(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	$ 500	
(6) Consultation	診察費	$ 650	
(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	$ 1,180	Unit is 通貨単位 US $

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 名前　Last 姓 smith　First 名 John　Title 称号

Address 住所　Office 病院又は診療所 ×××Hospital

100 Kapiolani, honolulu, Hawaii 976300　Phone 電話番号 +9 999-99-9999

Date 日付 5. May. 2020　Signature 署名 John smith

R6.10

FormA、FormBを日本語に翻訳してください

診療内容明細書

【 様式 A 】

1. 患者氏名 健保　花子　　生年月日 昭和 50年 4月 1日　　性別（男・女）

2. 傷病名及び社会保険表章用国際疾病分類番号 虫垂炎　1112

3. 初診日 2020 年 5月 1日

4. 診療日数 5 日

5. 治療の分類

□ 入 院 ： 自 20 20 年 5 月 1 日 至 20 20 年 5 月 5 日（ 5 日間）

□ 外 来 ： 20 年 月 日、20 年 月 日

20 年 月 日、20 年 月 日

6. 症状の概要

発熱、嘔吐、腹部の痛み

7. 処方、手術その他の処置の概要

虫垂切除

8. 治療は事故の障害によるものですか。 はい □ いいえ ☑

9. 治 療 実 費 ： 様式 B

【 様式 B 】

15. その他(特記事項)

直筆で署名してください

翻訳者 氏 名 健保　花子

住 所 ○○県△△市××99-99

電話番号 99（ 9999 ） 9999

訳者が本人の場合も書いてください。

R6.10

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 欄 】

ソ ニ ー 健 康 保 険 組 合 御 中

署 名 日 ：令和6 年 10 月 11 日

療養を受けた者の署名は、原則として本人が行ってください。なお、代理人が署名した場合は、下記の代理人署名欄にも署名をお願いいたします。なお、署名は直筆で記入してください。

●療養を受けた者(患者)の署名欄

患 者 氏 名 ： 健保 花子 （直筆で署名）

生 年 月 日 ： 昭和 50 年 5 月 1 日

住 所 ： ○○県△△市××町 99-99

※日本以外に居住している場合は、住所を国名から記入して下さい。

● 代理人の署名欄

氏 名 ： （直筆で署名）

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( )