

## 《 記入例 》

請書 (海外)

チェック必須

◆申請者確認欄 (チェック必須)	<input checked="" type="checkbox"/> 記載内容については、申請者(被保険者)本人が記入・確認いたしました。		
	<input checked="" type="checkbox"/> 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。		
①被保険者証の 記号・番号	記号 <b>999</b> 番号 <b>999999</b>	②被保険者の氏名	<b>健保 太郎</b>
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	〒 <b>111 - 1111</b> <b>〇〇県△△市××町 99-99</b>		
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	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯 : <b>999-9999-9999</b>		
	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯 : <b>090-9999-9999</b>		
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		メールアドレス : <b>abcdef999@●●●.××</b> ※出向中の方は出向元会社(給与の支払を受けている会社) <b>〇〇××株式会社</b>	
⑥傷病名	<b>虫垂炎</b>	⑦発病又は 負傷の年月日	令和 <b>5</b> 年 <b>5</b> 月 <b>1</b> 日 (負傷の場合は <b>10</b> 時頃)
⑧発病又は負傷の原因	<b>不詳</b>	⑨第三者の行為に よるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑩診療を受けた 医療機関の	(a)名称: <b>×××Hospital</b>	(b)所在地: <b>100 Kapiolani, Honolulu, Hawaii 976300</b>	
	(c)医師名: <b>John smith</b>	(d)国名: <b>アメリカ合衆国</b>	
⑪診療の内容	<b>入院、手術</b>		
⑫診療の期間	令和 <b>5</b> 年 <b>5</b> 月 <b>1</b> 日から 令和 <b>5</b> 年 <b>5</b> 月 <b>5</b> 日まで <b>5</b> 日間	⑬診療に要した 費用・通貨	<b>US \$1,180_</b>
⑭療養の給付を受けられなかった理由	<b>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</b>		
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
	<b>健保 花子</b>	<b>昭・平・令 50 年 4 月 1 日</b>	<b>妻</b>

(注)この申請書には添付書類が必要です。

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	<b>在職中、1か月以内に退職予定のない方は 記入不要</b>	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		
<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。 (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。			

## 注意事項

受 付 印

- 『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。
- 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。  
『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。
- 訂正した場合は、必ず訂正箇所サインして下さい。
- 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)

## 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

3. Date of First Diagnosis 1. May, 2020  
初診日

4. Days of Diagnosis and Treatment 5 days  
診療日数

「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

5. Type of Treatment  
治療の分類

Hospitalization: For 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 +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 \_\_\_\_\_

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) Free 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	

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 \_\_\_\_\_  
Address 住所 Office 病院又は診療所 **×××Hospital**  
**100 Kapiolani, Honolulu, Hawaii 97630** Phone **+9 999-99-9999**  
Date 日付 **5. May. 2020** Signature 署名 **John smith**

## 日本語訳

### 【Form A】

2. 傷病名

**虫垂炎**

6. 症状の概要

**発熱、腹部の痛み**

**診療内容明細書（FormA）が  
外国語で記入されている場合は  
『日本語訳』の添付が必要です。**

7. 処方、手術、その他の処置の概要

**虫垂切除**

### 【Form B】

15. その他

訳者が本人の場合も  
書いてください。

翻訳者

氏名

**健保 花子**



住所

〇〇県△△市××99-99

電話番号

**99 ( 9999 ) 9999**

# 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)

翻訳者

氏 名

健保 花子



住 所

〇〇県△△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。