

支給 決議 書	支給額	百万	拾万	万	千	百	十	円	常務理事	事務長	係	係	
	内訳	法定							記入不要				
		付加											
		食事											
期間	平成	年	月	日から	資格	得	昭和	平成	年	月	日		
	平成	年	月	日まで	日間	喪		平成	年	月	日		
	計算式						円	×	90%	・	80%	・	70%

ソニー健康保険組合 理事長殿
健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (海外)
家族

認印可
シャチハタ不可

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の 記号・番号	記号 999 番号 999999	②被保険者の氏名・押印 ●被保険者本人が氏名を記入した場合は押印不要	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	〒999-9999 〇〇県△△市××99-99		専用線可 9-〇〇〇-〇〇〇〇	
	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 type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	99-9999-9999	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	- -
	⑤被保険者の本籍会社名 ※出向中の方は出向元会社(給与の支払を受けている会社) ※任意継続被保険者・特別退職者記入不要	〇〇××株式会社			
	⑥傷病名	虫垂炎	⑦発病又は 負傷の年月日	平成 24 年 12 月 1 日 (負傷の場合は 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	<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 ホノルル病院 (b)医師名 John Smith	(c)所在地 100 Kapiolani, Honolulu, Hawaii 97300 (d)国名 アメリカ合衆国		
	⑪診療の内容	入院及び手術			
	⑫診療の期間	平成 24 年 12 月 1 日から 平成 24 年 12 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	海外旅行中であったため			
	⑮被扶養者に関 する申請の ときはその者の	(a)氏 名 健保 花子	(b)生 年 月 日 昭 平 50 年 4 月 14 日	(c)被保険者との続柄 妻	
	⑰で「いいえ」の場合は 被保険者名義の口座を記入	時点で被保険者が退職している、もしくは1ヶ月以内 ですか		<input type="checkbox"/> はい⇒⑰へ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ⇒⑱へ	
	⑰この請求書を提出する時点で退職後の健康保険制度(任意継続被保険者制度・ 退職者医療制度)に加入していますか			<input type="checkbox"/> はい⇒⑱～⑲記入不要 <input type="checkbox"/> いいえ⇒⑱へ(⑲記入不要)	
	⑱振込希望口座 ●銀行か郵便局のどちら か一方を記入	銀行 銀行 普通 店 番 支店 当座 口座番号	郵便局 記号 番号	同付加金 平成 24 年 12 月 20 日	
⑲委任状 (押印必須) ●外国国籍を有する方 のみサイン可	私は⑤に記載の事業所を代理人と定め、 の受領方を委任します。 被保険者住所 〇〇県△△市××99-99 被保険者氏名 健保 太郎		委任状を記入した日		

(注) この申請書には添付書類が必要です。

【注意事項】

- 『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(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』
『パスポートの写し』 渡航日及び旅券番号の確認出来るページを添付下さい。
- 印鑑は認印可。シャチハタ、日付印は不可です。
- 訂正した場合は、必ず訂正印を押して下さい。
- 提出された申請書及び添付書類については、返却・写しの送付等は一切致しません。

受付印

【個人情報保護に関して】

※個人情報保護ポリシー(基本方針)に則り、取り組みを推進しています。
※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。
1. 法令に基づく場合
2. 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
3. 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
4. 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき
※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。
〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニー本社ビル11階 ソニー健康保険組合 TEL: 050-3807-5059 療養1(海外) H26.4

Itemized Receipt
領収明細書

(1) Free for Initial Office Visit	初 診 料	\$	<u>30</u>	
(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	\$	<u>500</u>	
(6) Consultation	診 察 費	\$	<u>650</u>	
(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	\$	<u>1,180</u>	

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	Last	<u>Smith</u>	First	<u>John</u>	Title
名前	姓		名		
Address	Home	自宅		Phone	
住所	Office	病院又は診療所	<u>ホノルル病院</u>	Phone	
Date	<u>5. December, 2012</u>	Signature	<u><i>John Smith</i></u>		
日付		署名			

日本語訳

2. 傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号

15. その他

62. 虫垂炎

6. 症状の概要

発熱、腹部の痛み

7. 処方、手術、その他の処置の概要

虫垂切除

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。

翻訳者 氏名 健保 花子



〔訳者が本人の場合も書いてください。〕

住所 ○○県△△市××99-99

電話番号 99 (9999) 9999