

健 保 使 用 欄	支払年月日				常務理事	事務長	係長	担当	受付No.
	資 格	取 得	昭和・平成・令和 年 月 日						
		喪 失	平成・令和 年 月 日		扶養認定日		昭和・平成・令和 年 月 日		
	受 診 国				区 分		本人 家族 6才 高齢		
	レ ー ト		付レート 円		高額療養費		円		
	現地支払額		円	現地	付加金		円		
	給付算定額		円	日本	支給金額		円		

■提出ルート 本人 → 健保組合
アイシン健康保険組合 御中 ☐ 被保険者
 ☐ 被扶養者

海外療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証	記号		番号		会社名・所属				
	被保険者氏名					生年月日	昭和 平成	年	月	日
	連絡先住所	〒 都 道 市 府 県 区 町				連絡先	TEL			
	対象者氏名					対象者生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	傷 病 名					発病または負傷 年月日	平成 令和	年	月	日
	発病または負傷の 原因および経過 (詳しく)	いつ・どこで・なにをしていて・どうしたなど、できるだけ詳しく								
	診療を受けた 医療機関の情報	国名		医療機関名						
				所 在 地						
				医 師 名						
	受診期間	平成・令和 年 月 日から 日間 平成・令和 年 月 日まで				診療に要した 費用の額	() ※通貨単位をカッコに記入してください。			
	区 分	入院 ・ 通院		第三者の行為(交通事故・けんか 等)によって負傷したものですか?			☐ はい ☐ いいえ			
	受診者の情報	渡 航 理 由		海外駐在員・海外出張・個人的な旅行・治療の為・その他()						
渡 航 期 間		平成・令和 年 月 日 ～ 平成・令和 年 月 日								
照会等の同意書	私は、本療養費の支給に際し、必要な情報を提示すること及び、受診した海外の医療機関等に当健保が 文書等により申請内容を照会する事を同意します。					被保険者氏名 ⑩				
振 込 先	●原則として、給与の口座 又は 会社指定口座へ振り込みます。 ※退社等で給与口座以外の振込は下記へ記入してください。 ※代理人への振込みは委任状が必要です。									
	銀行・信用金庫・信組・農協					本・支店		普通 ・ 当座		
	口座番号				口座名義人 (カタカナ)					

委 任 状	(事業主への支払時) 私は、上記申請の給付金受領を(事業所) に委任します。								
	令和 年 月 日 被保険者氏名 ⑩								

■添付書類 2019.10改訂
領収書/領収明細書/診療内容明細書(全て原本で和訳付)、パスポートの入出国がわかるページの北ページ
●注意事項●
・書類に不備、不足がある場合や資格確認調査等により遅れる場合がありますので、ご了承ください。
・海外で支払った日の翌日から起算して2年を経過した日をもって、申請する権利がなくなります。
【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に使用し、その目的以外に使用しません】

健保 使用 欄	支払年月日				常務理事	事務長	係長	担当	受付№
	資格	取得	昭和・平成・令和 年 月 日						
		喪失	平成・令和 年 月 日		扶養認定日	昭和・平成・令和 年 月 日			
	受診国				本人	家族	6才	高齢	
	レート		付レート 円		高額療養費	円			
	現地支払額		円		現地	付加金	円		
	給付算定額		円		日本	支給金額	円		

提出者 本人 → 健保組合
記入例
アイシン健康保険組合 御中 ☒ 被保険者
☐ 被扶養者

海外療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証	記号	41	番号	12345	会社名・所属	〇×△□株式会社 総務部 総務G		
	被保険者氏名	ケンボ タロウ 健保 太郎				生年月日	昭和 平成	45	年 7 月 15 日
	連絡先住所	〒446-0057 愛知 都 道 県 安城 市 区 〇〇〇 町 2-8-1				連絡先	TEL	0566-XX-〇△×〇	
	対象者氏名	ケンボ タロウ 健保 太郎				対象者生年月日	昭和 平成 令和	45	年 7 月 15 日
	傷病名	インフルエンザ				発病または負傷年月日	平成 令和	29	年 2 月 10 日
	発病または負傷の原因および経過(詳しく)	いつ・どこで・なにをしていて・どうしたなど、できるだけ詳しく 2019年5月に海外に旅行中、インフルエンザにかかったため							
	診療を受けた医療機関の情報	国名	アメリカ		医療機関名	〇〇〇〇病院			
					所在地	アメリカ合衆国 テキサス州 〇〇〇			
					医師名	〇〇〇〇 〇〇〇〇			
	受診期間	平成(令和)元年 5月 10日から 1 日間 平成(令和)元年 5月 10日まで				診療に要した費用の額	75 (\$) ※通貨単位をカッコに記入してください。		
区分	入院 通院				第三者の行為(交通事故・けんか等)によって負傷したものですか?	☐ はい ☒ いいえ			
受診者の情報	渡航理由	海外駐在員・海外出張 個人的な旅行 治療の為・その他()							
	渡航期間	平成(令和)31年 4 月 1 日 ~ 平成(令和)元年 5 月 20 日							
照会等の同意書	私は、本療養費の支給に際し、必要な情報を提示すること及び、受診した海外の医療機関等に当健保が文書等により申請内容を照会する事を同意します。 被保険者氏名 健保 太郎 健保								
振込先	●原則として、給与の口座 又は 会社指定口座へ振り込みます。 ※退社等で給与口座以外の振込は下記へ記入してください。 ※代理人への振込みは委任状が必要です。								
	銀行・信用金庫・信組・農協				本・支店		普通 当座		
	口座番号				口座名義人(カタカナ)				

委任状 (事業主への支払時) 私は、上記申請の給付金受領を(事業所) に委任します。
令和 年 月 日 被保険者氏名 _____ (印)

■添付書類 2019.10改訂
領収書/領収明細書/診療内容明細書(全て原本で和訳付)、パスポートの入出国がわかるページの photocopy
●注意事項●
・書類に不備、不足がある場合や資格確認調査等により遅れる場合がありますので、ご了承ください。
・海外で支払った日の翌日から起算して2年を経過した日をもって、申請する権利がなくなります。
【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に使用し、その目的以外に使用しません】

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.
この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
2. This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Itemized Receipt
領 収 明 細 書

Form B

様式B

(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 師	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	\$	

Unit is _____
通貨単位

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment. i. e, payment for a luxurious room charge.
注意 : 特別室料等、治療に直接関係ないものは除いてください。

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

Name	Last(姓)	First(名)	Title(称号)
Address	Home(自宅)		Phone(電話)
	Office(病院または診療所)		Phone

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 _____

様式B 邦訳

(10) 諸検査費の内訳(諸検査の内容)

(11) 医薬費の内訳(薬の名称、量)

(15) 特記事項

翻訳者

住所

氏名

電話

⑩

Request to Attending Physician

担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.

この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。

2. This form should be completed and signed by the attending physician.

この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。

3. One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Form C

様式C

Attending Dentist's Statement

歯科診療内容明細書

1. Name of Patient (Last, First) 患者名 _____		Age (Date of birth) 年齢(生年月日) _____		Sex (Male • Female) 性別 _____	
2. Date of first Diagnosis 初診日 _____		3. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days			
Permanent tooth			Primary tooth		
(Upper)		(Lower)		(Upper)	
(RIGHT)		(LEFT)		(RIGHT)	
				(LEFT)	

Type of Treatment 治療の分類

Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Date			Fee 治療費
		MO.	DA.	YR.	
Initial Office Visit 初診料					
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 その他					
Total 合計					

Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

Name Last(姓) _____ First(名) _____ Title(称号) _____

Address Home(自宅) _____ Phone(電話) _____

Office(病院または診療所) _____ Phone _____

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 _____

様式C 邦訳

Permanent tooth		Primary tooth	
(Upper)		(RIGHT)	(LEFT)
(Lower)		(RIGHT)	(LEFT)

治療の分類

歯科治療	患歯部位	日付			治療費
		月	日	年	
初診料					
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					
合計					

翻訳者
住所

氏名
電話

印

海外療養費 歯科治療状況確認書

海外で歯科を受診された場合、療養費の支払に必要となりますので分かる範囲で下記の質問にお答えください。なお、医師が証明できない場合は、患者本人がお答えください。

性別(男・女)

菌の治療をした場合。下記該当事項と材料にマルをつけてください。

又、該当しない場合は、その他へ記入してください。

※継続菌治療が適用されない菌の番号： #1, 2, 3, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 30, 31, 32（アメリカ式）