

被保険者・家族 療養費支給申請書 (海外用)

令和 年 月分 入院・入院外

被保険者証の記号番号		被保険者の氏名			
被保険者の現住所	〒 TEL				
海外勤務者の場合の日本での連絡先	〒 TEL				
事業所の名称					
傷病名			発病・負傷の年月日	令和 年 月 日	
診療、手当の期間	令和 年 月 日から	日間	診療、手当に要した費用		
	令和 年 月 日まで				
療養の給付を受けることのできなかつた理由	海外【国名】での療養のため				
被扶養者が受けたためのものであるときは、その者の					
氏名		生年月日	昭和 令和 年 月 日 平成	続柄	
療養を受けた海外の医療機関等に文書等により当申請内容を照会することに同意します。 被保険者氏名 _____					

委任状	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。				
	被保険者 住所 氏名 代理人 住所 氏名				
公金受取口座	<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。 (利用する場合のみ <input checked="" type="checkbox"/> 、利用しない場合下記金融機関名を記入)				
払渡希望銀行名	銀行 信用金庫				支店
口座番号	1. 普通預金	口座名義	フリガナ		
	2. 当座預金		氏名		

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請をする場合は、備考欄へ記載してください。
 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認のための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

尼崎機械金属健康保険組合理事長 殿

(注意事項)

- ・申請書は、暦月ごと、受診者別、医療機関別及び入院・入院外別にそれぞれ作成してください。
- ・当申請書には、次の書類を添付してください。
 - ①「診療内容明細書及び領収明細書」(担当医に記入してもらってください。)及び翻訳文
 - ②医療機関、薬局、検査機関等の各領収書(現物)
- ・傷病が外傷である場合は、必ず負傷原因報告書を添付してください。

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、かつ署名してください。
3. One form for each month, one form for hospitalization outpatient and home visit.
各月毎、入院・入院外毎に付この様式1枚が必要です。

Form A (様式 A)

Attending Physician's Statement

診療内容明細書 (一般)

1. Name of patient (Last, First) Age(Date of Birth) Sex(Male · Female)
患者名 _____ 年齢(生年月日) _____ 性別(男 · 女)
2. Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance
傷病名 _____
3. Date of First Diagnosis : _____ , 20_____
初診日
4. Day of Diagnosis and Treatment : _____ days
診療日数
5. Type of Treatment
治療の分類
 Hospitalization : From _____ , 20____ to _____ , 20____ (_____ days)
入院 自 _____ 至 _____ (_____ 日間)
 Out patient or Home Visit: _____ , 20____ to _____ , 20____
入院外 _____ , 20____ to _____ , 20____
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 _____
 Address 住所 : Home 自宅 _____ Phone _____
 Office 病院又は診療所 _____ Phone _____
 Date 日付 _____ Signature 署名 _____

Attending Physician 担当医

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 either attending physician or the superintendent of a hospital/clinic
この様式は担当医が書き、かつ署名してください。
3. One form for each month, one form for hospitalization outpatient and home visit.
各月毎、入院・入院外ごとに付この様式1枚が必要です。

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) Anaesthetics	麻 酔 費	_____
(14) Operating Room Charge	手 術 費 用	_____
(15) The Others (Specify)	そ の 他 (特 記 せ よ)	_____

(16) Total	合 計	_____

Important : Exclude the amount irrelevant to 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 _____

Address 住所 : Home 自宅 _____ Phone _____

Office 病院又は診療所 _____ Phone _____

Date 日付 _____ Signature 署名 _____

翻訳者の住所・氏名

様式 A の翻訳文

診療内容明細書

1. 患者名 _____ 年齢(生年月日) _____

性別 (男・女)

2. 傷病名

3. 初診日 平成・令和 年 月 日

4. 診療日数 日間

5. 治療の分類

入院 平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日
(日間)

入院外 日 日 日 日 日 日
(診療日)

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

8. 治療は事故の傷害によるものですか。 はい いいえ

9. 治療実費 → 様式 B

10. 担当医の名前及び住所

名前： 姓 _____ 名 _____

住所： 自宅 _____ Tel _____

病院又は診療所 _____ Tel _____

日付 平成・令和 年 月 日

領 収 明 細 書

- | | | |
|------|-------------|-------|
| (1) | 初 診 料 | _____ |
| (2) | 再 診 料 | _____ |
| (3) | 往 診 料 | _____ |
| (4) | 入 院 管 理 料 | _____ |
| (5) | 入 院 費 | _____ |
| (6) | 診 察 費 | _____ |
| (7) | 手 術 費 | _____ |
| (8) | 職 業 看 護 婦 費 | _____ |
| (9) | X 線 検 査 費 | _____ |
| (10) | 諸 検 査 費 | _____ |
| (11) | 医 薬 費 | _____ |
| (12) | 包 帯 費 | _____ |
| (13) | 麻 酔 費 | _____ |
| (14) | 手 術 費 用 | _____ |
| (15) | その他(特記せよ) | _____ |
| | | _____ |
| (16) | 合 計 | _____ |

担当医又は病院事務長の名前及び住所

名前 姓 _____ 名 _____

住所 自宅 _____ Tel _____

病院又は診療所 _____ Tel _____

日付 平成・令和 年 月 日

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、かつ署名してください。
3. One form for each month, one form for hospitalization outpatient and home visit.
各月毎、入院・入院外毎に付この様式1枚が必要です。

Form A(様式 A)

Attending Physician's Statement

診療内容明細書 (歯科)

1. Name of patient (Last, First) Age(Date of Birth) Sex(Male · Female)
患者名 _____ 年令(生年月日) _____ 性別(男 · 女)
 2. Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance
傷病名 _____
 3. Date of First Diagnosis : _____ , 20_____
初診日
 4. Day of Diagnosis and Treatment : _____ days
診療日数
 5. Type of Treatment
治療の分類
 - Hospitalization : From _____ , 20____ to _____ , 20____ (_____ days)
入院 自 _____ 至 _____ (_____ 日間)
 - Out patient or Home Visit: _____ , 20____ to _____ , 20____
入院外 _____ , 20____ to _____ , 20____
 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 _____
- Address 住所 : Home 自宅 _____ Phone _____
- Office 病院又は診療所 _____ Phone _____
- Date 日付 _____ Signature 署名 _____

Attending Physician 担当医

RECEIPT (DENTAL)

Form B (様式B)

領収明細書 (歯科)

Request to Attending physician

担当医へお願い

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記入し、署名してください。
3. One form for each month, one form for hospitalization outpatient and home visit.
各月毎、入院・入院外毎に付この様式1枚が必要です。

Separate receipt required for prescriptions.

薬材料は別に処方箋を添付のこと。

Permanent (疾病の名称および部位)

Baby teeth (乳歯)

8 7 6 5 4 3 2 1

1 2 3 4 5 6 7 8

V IV III II I

I II III IV V

8 7 6 5 4 3 2 1

1 2 3 4 5 6 7 8

V IV III II I

I II III IV V

Identify examined teeth: (該当する部位を○で囲み病名をつける)

- Cavity (C) (虫歯)
- missing teeth (F) (欠歯)
- stomatitis (G) (口内炎)
- Phrrhes alveolaris (P) (歯槽膿漏)
- extraction needed (Z) (要抜歯)

Date of First Diagnosis (初診日) _____

Days of Diagnosis and Treatment (診療を行った実日数) _____ day (日間)

Office Visit Fees (診断料)

Examination Fees (検査料)

X-Ray Fee (レントゲン)

Other (その他)

Service (治療した歯の部位と治療の種類)

Describe when gold or platinum was used

(治療材料に金、白金を使用したときは特記してください)

• Filling (充てん)

• Inlaying (インレー又はアンレー)

• Capping (metal) (金属冠)

• Jacket capping (ジャケット冠)

• Capping connected (歯冠継続歯)

Chipped Teeth (欠損歯を補綴した場合その部位と種類)

• Bridge (ブリッジ)

• Partial artificial teeth (局部義歯)

• Total artificial teeth (総義歯)

Name of Hospital or Clinic (病院又は診療所名称)

Total (計)

Signature of Doctor (担当医署名)

Currency paid
(支払通貨)

Date (日付)

翻訳者の住所・氏名

様式 A の翻訳文

診療内容明細書（歯科分）

1. 患者名 _____ 年令(生年月日) _____

性別（男・女）

2. 傷病名

3. 初診日 平成・令和 年 月 日

4. 診療日数 日間

5. 治療の分類

入院 平成・令和 年 月 日 ～ 平成・令和 年 月 日
(日間)

入院外 日 日 日 日 日 日
(診療日)

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

8. 治療は事故の傷害によるものですか。 はい いいえ

9. 治療実費 → 様式 B

10. 担当医の名前及び住所

名前： 姓 _____ 名 _____

住所： 自宅 _____ Tel. _____

病院又は診療所 _____ Tel. _____

日付 平成・令和 年 月 日

様式 (B) の翻訳文
RECEIPT (DENTAL)
 領収明細書 (歯科)

初診日	_____
診療を行った実日数	_____ day (日間)
診断料	
検査料	
レントゲン	
その他	
治療した歯の部位と治療の種類	
治療材料に金、白金を使用したときは特記してください	
充てん	
インレー又はアンレー	
・金属冠	
・ジャケット冠	
・歯冠継続歯	
欠損歯を補綴した場合その部位と種類	
・ブリッジ	
・局部義歯	
・総義歯	
病院又は診療所名称	計 _____
担当医署名	支払通貨 _____
日付	_____

海外療養費支給申請に伴う調査に係る同意書

_____（被保険者）および_____（療養を受けた者）は、
尼崎機械金属健康保険組合が以下の（療養を受けた者）の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）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、当該者から照会に対する情報の提供を受けるこ
とに同意します。

また、上記確認にあたり、パスポート等のコピーが必要となる場合は、パスポート等を
尼崎機械金属健康保険組合に提示することも併せて同意します。

記

署名日： _____年 ____月 ____日

・ 療養期間： _____年 ____月 ____日 ~ _____年 ____月 ____日

● 療養を受けた者（患者）の署名欄

患者氏名： _____

住所（国名から）： _____

生年月日： _____年 ____月 ____日

● 被保険者（成年後見人・法定相続人）署名欄

患者氏名： _____

住所： _____

生年月日： _____年 ____月 ____日

患者との関係： 本人 ・ 被扶養者 ・ 成年後見人 ・ 法定相続人 ・
その他（ _____ ）

※ 成年後見人は被保険者が成年被後見人の場合、法定相続人は被保険者が死亡して
いる場合

※ 本同意書の有効期限は署名日から6ヶ月間です。