

健康保険 被保険者 海外療養費支給申請書(第 回目)  
被扶養者

受付年月日	支払年月日

※海外療養費の申請には必ず翻訳文を添付してください。

申請年月日 令和 年 月 日

◎ 被保険者が記入するところ	⑦ 被保険者証記号・番号	-	① 被保険者(申請者)氏名・印	⑧ 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	
	被保険者⑨(申請者)住所・TEL	〒 -	事業所名称所在地	虹技 株式会社 姫路市大津区勘兵衛町4丁目1番地		
	TEL ( )	勤務地【部署名】	姫路 東京 北陸 名古屋 北九州			
	④ 受診者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 ⇒	② 氏名	続柄 ⑤ ※長男、二女等	⑥ 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	③ 傷病名	① 発病または負傷年月日		令和 年 月 日		
	⑩ 発病または負傷の原因および経過(詳しく)⑫	<input type="checkbox"/> 病気		⑬ 診療を受けた期間		⑭ 入院の場合は入院期間
		<input type="checkbox"/> ケガ⇒第三者によるものですか(いいえ・はい)		令和 年 月 日から	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで 日間
		〔 〕		⑮ 装具等の装着について指示を受けた日	⑯ 装具装着日	
	⑪ 診療を受けた医療機関等の名称	〔国名〕所在地	〔 〕	医師等の氏名		
	⑭ 診療の内容	療養に要した費用の額		(円) (通貨単位 例:USドル) ( )		
⑰ 受診者の情報	受診者は、現在、日本に帰国予定はありますか。また帰国されましたか。 <input type="checkbox"/> 1.はい ⇒ 渡航期間(令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日) 渡航目的、海外滞在の理由〔 〕 <input type="checkbox"/> 2.いいえ ⇒ 海外在住の理由〔 〕					
被保険者のマイナンバー記載欄 (⑦被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)						

⑫ケガの場合は『負傷原因報告書』をご提出ください。また、「第三者によるケガ」の場合は、『第三者行為による傷病届』他の書類もご提出ください。

受領方法	<input type="checkbox"/> 本申請書に基づく給付金は、社内便にて受け取り、受領書を返送します。(※1万円未満)					
	<input type="checkbox"/> 本申請書に基づく給付金は、被保険者名義の下記金融機関口座に振込み願います。(※1万円以上)					
	銀行・信用金庫 農協	本店・支店 出張所	普通・当座	口座 番号		
年 月 日		被保険者氏名・印				⑱

※健保組合記入欄	支給支出決定年月日	支給決定金額	支給方法	常務理事	事務長	担当者
	令和 年 月 日	円	現金 振込			
	支給期間	申請区分	備考			
	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 日間					

調査に関わる同意書  
Agreement of Authorization

・ 治療開始日 \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日  
・ Starting date of medication Year\_\_\_\_\_ Month\_\_\_\_ Day\_\_\_\_

・ 患者  
(患者名) \_\_\_\_\_  
(住所) \_\_\_\_\_  
(生年月日) \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

・ Patient  
(Name of patient) \_\_\_\_\_  
(Address) \_\_\_\_\_  
(Date of birth) Year\_\_\_\_\_ Month\_\_\_\_ Day\_\_\_\_

虹技健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、\_\_\_\_\_は、虹技健康保険組合の職員又は虹技健康保険組合が委託した事業者が、海外療養費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、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートを虹技健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To: Kogi Health insurance association

I (patient who has received treatment) authorize Kogi Health insurance association or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment, place, and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms.

Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

署名・押印欄

Signature

署名・押印は、治療を受けた本人が行って下さい。なお、次の場合は、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）が署名、押印して下さい。

Insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

(氏名) \_\_\_\_\_ 印

(住所) \_\_\_\_\_

(日付) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

(患者との関係) : 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 [ \_\_\_\_\_ ]

※ 本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。

(Signature) \_\_\_\_\_

(Address) \_\_\_\_\_

(Date) Year \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_ Day \_\_\_\_

(Relation to the insured) : Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other

※ This agreement of authorization expires 6 month after the signed date.

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項を記載頂くことがあります。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.

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。

Attending Physician's Statement  
診療内容明細書

Form A

様式A

1. Name of Patient(Last, First)      Age(Date of birth)      Sex (Male · Female)  
患者名      年齢(生年月日)      性別

2. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Health Insurance. (Please refer to the table attached to this form.)  
傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号 (No. )

3. Date of first Diagnosis  
初診日

4. Days of Diagnosis and Treatment  
診療日数      days

5. Type of Treatment  
治療の分類

Hospitalization      From      /      /      to      /      /      (      days)  
入院      自      /      /      至      /      /      (      日間)

Outpatient or Home Visit      /      /      .      /      /  
入院外      /      /      .      /      /

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。

9. Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending Physician : Fill in Form B  
医療機関、または担当医に支払った医療費の内訳：様式Bによる

10. 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A 邦訳

2. 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

---

6. 症状の概要

---

---

---

---

---

7. 処方、手術その他の処置の概要

---

---

---

---

---

翻訳者

住所

---

氏名

Ⓔ

---

電話

---



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	\$ _____	* Please fill in the content of the Laboratory Tests. *諸検査の内容を記入してください。
			\$ _____	
			\$ _____	
			\$ _____	
(11) Medicines**	医 薬	費	\$ _____	** Please fill in the name and the amount of a prescription of an individual medicine. **処方した個々の薬の名称と量を記入してください。
			\$ _____	
			\$ _____	
			\$ _____	
			\$ _____	
(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



## 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)	(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 \_\_\_\_\_

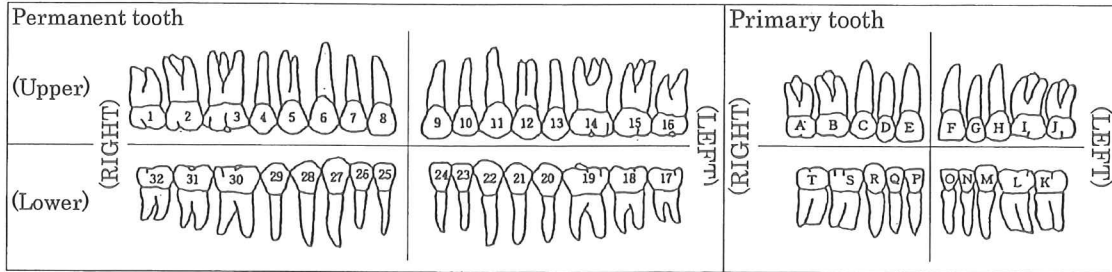
Date(日付) \_\_\_\_\_ Signature(署名) \_\_\_\_\_  
Attending Physician(担当医)

Reference Number of your Medical Record(if applicable)

診療録の番号 \_\_\_\_\_



様式C 邦訳



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

印

電話