

常務理事	事務長	係長	係

* (該当○印)
被保険者
家 族

海外療養費支給申請書

(注意事項)
4. 3. 2. 1. 会社名欄には海外勤務者は海外勤務先、それ以外の方は事業所名および所属を略号で記入してください。
添付する領収書は、内訳を詳細に記載したものが必要です。また、邦訳・証明等の省略は不可。
外傷性疾病で、その原因が相手のいない事故の場合は『傷害事故届』、相手がいる場合は『第三者行為による傷病届』を必ず提出してください。
資格喪失者(退職者・特退・任継を除く)は銀行振込しますので振込先欄(被保険者名義)を必ず記入してください。

申 請 者 記 載 欄	会社名 (海外勤務先)	被 保 険 者 証		被 保 険 者 氏 名		性別
	所 属	記 号	番 号			男 女
	患者が被扶養者の場合のみ記入	氏 名	生年月日	S・H・R 年 月 日	被保険者との 続柄 (詳細に)	
	傷 病 名			発病または 負傷年月日	H・R 年 月 日	
	発病または 負傷の原因			傷病の経過		
	診療を受けた 病院または 診 療 所	国 名			診療内容	
		所在地 名 称			入院・入院外 (○で囲む)	入院 ・ 入院外
	診 療 期 間	自: 令和 年 月 日 至: 令和 年 月 日 (日間)	診療に要した金額 (領収書原本を添付)		※現地通貨で記入 通貨単位 ()	
	日本国内で受診できなかった理由 (○で囲む)	・出張中 ・その他 (理由)				
	第三者行為による傷病ですか	はい ・ いいえ (○で囲む)		→ “はい” の場合 「第三者行為による傷病届」 を提出		
外傷性疾病(ケガ・やけど等)ですか	はい ・ いいえ (○で囲む)		→ “はい” の場合 「傷害事故届」 を提出			
上記のとおり申請いたします。			令和 年 月 日			
岐阜県自動車販売健康保険組合 御中			〒 - 住 所 氏 名 T E L - -			
※被保険者の口座番号を記入ください				フリガナ		
振込先	銀行	支店	普通 当座	口座番号	口座名義	

組 合 記 載 欄	支 給 決 定 額	支 給 期 間		資 格 確 認		
	円	令和 年 月 日 令和 年 月 日 日間	取得	S・H・R 年 月 日		
			喪失	S・H・R 年 月 日		
(備考欄)	売レート (H . .) :		円			
	× =		円 (1円未満切捨て)			

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 social insurance benefit.
この様式は社会保険の給付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書き、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、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(男・女)
2. Name of Illness
傷病名

3. Date of First Diagnosis : _____, _____, 20____
初診日 日 月 年
4. Days of Diagnosis and Treatment : _____ days
診療日数 日間
5. Type of Treatment
治療の分類
 - Hospitalization : From _____, _____, 20____ to _____, _____, 20____ (_____ days)
入院 自 至 (日間)
 - Outpatient or Home Visit : From _____, _____, 20____ to _____, _____, 20____ (_____ days)
入院外 From _____, _____, 20____ to _____, _____, 20____ (_____ days)
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
治癒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. : Fill in Form C
項目別治療実費 様式Cによる
10. Name and Address of Attending Physician
担当医の名前および住所
Name 名前 : Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____
Address 住所 : Home 自宅 _____ Phone 電話 _____
: Office 病院または診療所 _____ Phone 電話 _____
Date 日付 _____ Signature 署名 _____
Attending Physician 担当医
Reference Number of your Medical Report (if applicable)
診療録の番号 _____

Request to the Dental Surgeon

歯科医師へのお願い

1. Please fill in from so that the patient may claim the social insurance benefit.
この様式は社会保険の給付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 Dental Surgeon.
この様式は、歯科医師が記入し署名してください。
3. One form for each month should be filled out.
各月ごとにこの様式一枚が必要です。
4. If not in dollars, please specify the unit used.
ドル以外の貨幣の場合は、その旨を明記ください。

Itemized receipt (Dental)

領収明細書 (歯科)

Form B (様式B)

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)
Date of First Diagnosis _____, _____, _____ Day of Diagnosis and Treatment _____ days
初診日 診療日数 日間

Localization of Teeth 部位

Permanent Teeth (永久歯)

Deciduous Teeth (乳歯)

R. $\frac{8\ 7\ 6\ 5\ 4\ 3\ 2\ 1}{8\ 7\ 6\ 5\ 4\ 3\ 2\ 1}$ | $\frac{1\ 2\ 3\ 4\ 5\ 6\ 7\ 8}{1\ 2\ 3\ 4\ 5\ 6\ 7\ 8}$ L.

R. $\frac{e\ d\ c\ b\ a}{e\ d\ c\ b\ a}$ | $\frac{a\ b\ c\ d\ e}{a\ b\ c\ d\ e}$ L.

I. Name of Illness 症病名

1. Dental Caries う蝕症 2. Missing Teeth 欠損 3. Pyorrhea Alveolar 歯槽膿漏 4. The Others その他

II. Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Material 材 料	Fee 治療費
1. initial Office Visit 初診料			\$
2. X-Ray Examination X線検査			\$
3. Dental Pulp Extirpation 抜髄			\$
4. Extraction 抜歯			\$
5. Filling 充填			\$
6. Inlay インレー			\$
7. Metal Crown / resin 金属冠			\$
8. Post Crown 継続歯			\$
9. Jacket Crown ジャケット冠			\$
10. Bridge Work ブリッジ			\$
11. Plate Denture 有床義歯 Partial Denture 局部義歯 Complete Denture 総義歯			\$
12. Treatment of Pyorrhea Alveolar 歯槽膿漏治療			\$
13. Medicine 投薬			\$
14. The Others () その他 ()			\$
15. Total 合計	(Unit is _____) 貨幣単位		\$

Name and address of the Dental Surgeon 歯科医師の名前・住所

Name 名前 Last _____ First _____ Title 称号 _____
Address 住所 Home 自宅 _____ Phone 電話 _____
Office 歯科医院 _____ Phone 電話 _____

Date 日付 _____ Signature 署名 _____

※申請者は、上記の内訳の詳細を邦訳してください。

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic 担当医または病院事務長へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.
この様式は社会保険の給付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 either the attending physician or the superintendent of a hospital / clinic.
この様式は担当医または病院の事務長が書き、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、入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。
4. If not in dollars, please specify the unit used.
ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いてください。

Itemized Receipt 領 収 明 細 書

Form C (様式C)

(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	手術室費用	\$ _____	\$ _____
(15) Others (Specify)	その他(項目明記)	\$ _____	\$ _____
(16) Total	合 計	\$ _____	Unit is _____ 貨幣単位

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e., payment for a luxurious room charge.
注 意 : 高級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 / Superintendent of Hospital or Clinic
担当医または病院事務長の名前および住所

Name 名 前 : Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____
Address 住 所 : Home 自 宅 _____ Phone 電話 _____
Office 病院または診療所 _____ Phone 電話 _____

Date : 日 付 _____ Signature 署 名 _____

海外療養費の申請について

- 海外での在住中・旅行中の負傷や疾病にかかった医療費は、申請により健康保険組合から償還されます。
※業務上災害・通勤災害・検診・保険適用外の治療等の場合は、海外療養費の支給対象外です。
※海外の医療機関での治療を目的として海外に出かけた場合は、海外療養費の支給対象外です。
※請求期限は、治療費を支払った日の翌日から2年ですので、すみやかに手続きしてください。
- 申請に必要な書類は、**海外（家族）療養費支給申請書、様式A・B・C、領収書の原本**です。（省略不可）
 - ・**歯科以外**を受診した場合：**様式A**を医師に、**様式C**を担当医師または病院等の**事務長**に証明を依頼してください。
 - ・**歯科**を受診した場合：**様式B**を歯科医に、**様式C**を歯科医師または病院等の**事務長**に証明を依頼してください。
- 受診者別、入院・外来別、各月毎に申請書を作成し、各証明（様式A・B・C）を医師に依頼してください。
- 各証明（様式A・B・C）の次の項目について『**■ 各証明の項目内容（邦訳）**』に邦訳を記入し、翻訳者が署名捺印してください。（本人が翻訳した場合も同様）
 - ・様式A：『2. 傷病名・6. 症状の概要・7. 処方、手術その他の処置の概要』
 - ・様式B：『II. 歯科治療の5～11の各材料、14その他』
 - ・様式C：『（15）その他（項目明記）』

■ 各証明の項目内容（邦訳）

様式	項目	邦 訳	
A	2. 傷病名		
	6. 症状の概要		
	7. 処方・手術その他の処置の概要		
B	治療内容	材料の邦訳	
	3. 抜髄		
	4. 抜歯		
	5. 充填		
	6. イレー		
	7. 金属冠		
	8. 継続歯		
	9. ジャケット冠		
	10. ブリッジ		
	11. 有床義歯 局部義歯 総義歯		
14. その他	内容の邦訳	部位・材料の邦訳	
C	項目	具体的な内容・部位・材料等の邦訳	
	(15) その他（項目明記）		
翻訳者署名欄	上記のとおり、翻訳いたしました。	令和 年 月 日	
	住所		
	名前		
	TEL		