

被保険者・家族 療養費支給申請書 (海外用)

平成 年 月分 入院・入院外

被保険者証の記号番号		被保険者の氏名と㊟		㊟
被保険者の現住所	〒 〒			
海外勤務者の場合の日本での連絡先	〒 〒			
事業所の名称				
傷病名		発病・負傷の年月日	平成 年 月 日	
診療、手当の期間	平成 年 月 日から	日間	診療、手当に要した費用	
	平成 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 年 月 日 平成	続柄
(備考)				

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	㊟
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、本人確認をする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。

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 \$	<hr/>	
(2) Fee for Follow-up Office Visit	再 診	料 \$	<hr/>	
(3) Fee for Home Visit	往 診	料 \$	<hr/>	
(4) Fee for Hospital Visit	入 院 管 理	料 \$	<hr/>	
(5) Hospitalization	入 院	費 \$	<hr/>	
(6) Consultation	診 察	費 \$	<hr/>	
(7) Operation	手 術	費 \$	<hr/>	
(8) Professional Nursing	職 業 看 護 師	費 \$	<hr/>	
(9) X-Ray Examinations	X 線 検 査	費 \$	<hr/>	
(10) Laboratory Tests*	諸 検 査	費	<hr/>	* Please fill in the content of the Laboratory Tests. *諸検査の内容を記入してください。
		\$	<hr/>	
		\$	<hr/>	
		\$	<hr/>	
		\$	<hr/>	
(11) Medicines**	医 薬	費	<hr/>	** Please fill in the name and the amount of the 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。
		\$	<hr/>	
		\$	<hr/>	
		\$	<hr/>	
		\$	<hr/>	
(12) Surgical Dressing	包 帯	費 \$	<hr/>	
(13) Anesthetics	麻 酔	費 \$	<hr/>	
(14) Operating room Charge	手 術 室 費 用	\$	<hr/>	
(15) The Others(Specify)	そ の 他 (特 記 せ よ)		<hr/>	
		\$	<hr/>	
		\$	<hr/>	
		\$	<hr/>	
(16) Total	合 計	\$	<hr/>	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

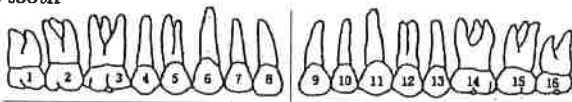
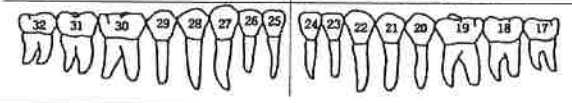
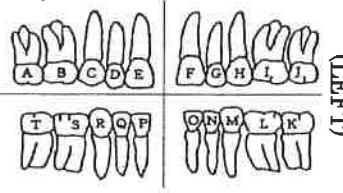


Request to Attending Physician
担当医へのお願い

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 (Upper)  (Lower) 		Primary tooth 

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					

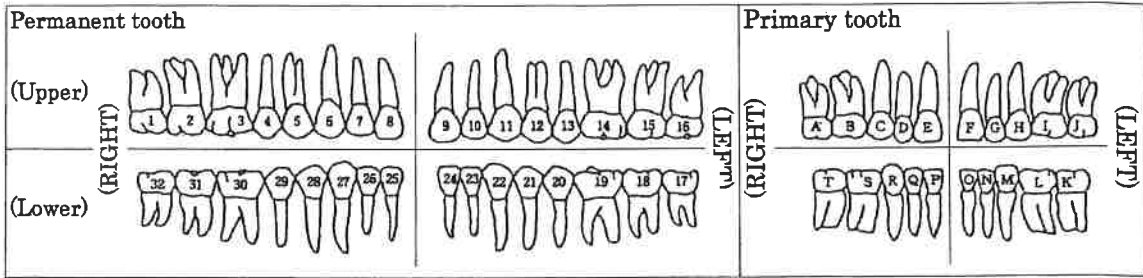
Name and Address of Attending Physician
 担当医の名前及び住所

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

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： _____ ⑩

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： _____ ⑩

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。