

健康保険 海外療養費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容

1 受診者

☐

1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

1 - ①家族の場合はその方の

氏名

生年月日

☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和

年 月 日

2 傷病名

3 発病または
負傷年月日

令和 年 月 日

4 発病の原因および経過
(詳しく)

☐

1. 病気

(原因および経過)

2. ケガ ➡ 負傷原因届を併せてご提出ください。

5 診療を受けた医療機関等の

名称

所在地

診療した医師等の氏名

国名

名称

所在地

診療した医師等の氏名

6 診療を受けた期間

(令和) 年 月 日

年 月 日

--	--	--	--	--	--

から

--	--	--	--	--	--

まで

日数

日

6 - ①上記の期間に
入院していた場合は、
その期間

(令和) 年 月 日

年 月 日

--	--	--	--	--	--

から

--	--	--	--	--	--

まで

日数

日

7 療養に要した費用の額

_____ ()通貨単位を記入してください。(例：アメリカドル)

8 診療の内容

9 受診者の情報

(1) 受診者の海外渡航期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

※海外渡航期間が確認できる書類として、以下のいずれかの書類を添付してください。

- ・パスポートの写し(①氏名、顔写真と②当該期間の出入国スタンプのページ)
- ・査証(ビザ)の写し(氏名と有効期限が記載されたもの)
- ・航空券の写し(eチケットの控えを含む)

(2) 診療を受けた期間における海外渡航(滞在)の理由を選んでください。

- ☐ 海外勤務(同行家族を含む)
- ☐ 旅行
- ☐ 留学
- ☐ その他

調査に関わる同意書（海外療養費）

内容をご確認の上、下線部分のご記載をお願いいたします。

・ 治療開始日 年 月 日

・ 患者（療養をうけた者）

（患者名）

（住 所）

（生年月日） 年 月 日

日本テレビ放送網健康保険組合 宛

私（療養を受けた者）、 は、日本テレビ放送網健康保険組合の職員又は日本テレビ放送網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（療養を受けた日時、場所、療養内容等）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、パスポートを日本テレビ放送網健康保険組合に提示することも併せて同意します。

署名・押印欄

署名・押印は、治療を受けた本人が行ってください。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、押印してください。

・ 日付 年 月 日

・ 氏名 印

・ 住所

・ 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 1 年間です。

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.
毎月ごと、また入院・入院外ごとにつき、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 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(P8～P10参照)
(No.)
3. Date of first Diagnosis
初診日
4. Days of Diagnosis and Treatment days
診療日数 日間
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。 はい いいえ
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 (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
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

■邦訳（A）

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.
毎月ごと、また入院・入院外ごとにつき、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 Examination	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 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。

(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 (項目明記)	\$

		\$
		\$
		\$
		\$

(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 (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 _____

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

■邦訳 (B)

(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) その他 (特記事項)

翻訳者

住所

氏名

電話

