

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 申請者 情報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)				
	氏名	(フリガナ)		生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和
	住所	(〒 -)		都 道 府 県	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()			
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は ☒)					

振込先 指定口座	☐ 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。(利用する場合は ☒ 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。				
	金融機関 名称				
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)		
	口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。 濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。			口座名義 の区分
					☐ 1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取 代理人の 欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和 年 月 日
		氏名・印	住所	「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ
	代理人 (口座名義人)	住所	TEL	
		(フリガナ)	氏名・印	委任者と 代理人との 関係

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

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.
各月ごと、また入院・入院外ごとにつき、この様式1枚が必要です。

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 (男 · 女)	
2. Date of first Diagnosis 初診日 _____		3. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days			
Permanent tooth			Primary tooth		
(Upper) (RIGHT) 8 7 6 5 4 3 2 1			(LEFT) 1 2 3 4 5 6 7 8		
(Lower) (RIGHT) 8 7 6 5 4 3 2 1			(LEFT) 1 2 3 4 5 6 7 8		

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 (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 (C)

Permanent tooth																Primary tooth														
(Upper)	(RIGHT)	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	(LEFT)	(RIGHT)	e	d	c	b	a	a	b	c	d	e	(LEFT)
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			e	d	c	b	a	a	b	c	d	e	
(Lower)	(RIGHT)	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	(LEFT)	(RIGHT)	e	d	c	b	a	a	b	c	d	e	(LEFT)
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			e	d	c	b	a	a	b	c	d	e	

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