

海外の医療機関において治療を受けられたとき

申請手続きに必要な書類（下線部 同封資料）を健康保険組合に提出してください。

1. 療養費支給申請書
2. 診療内容明細書（医科：様式 A、歯科：様式 C、国際疾病分類表）
3. 領収明細書（様式 B）
4. 領収書（現地でお支払いただいた領収書の原本）
5. 調査に関わる同意書
6. 受診者のパスポートの写し（本人確認できるページおよび渡航期間の確認ができるページ）

※海外療養費として支給される額は、国内で医療機関にかかった場合と同じ基準で支給いたします。

海外の場合は、国内の算定方法に準ずることが困難なケースもあり、その時は国内で同様の病気・ケガにかかる費用の実績額をもとに支給額が決められます。

必ずしも負担した額の 7 割（被保険者・被扶養者とも）が全額もどってくるとは限りませんのでご了承ください。

※申請の受付は、費用を支払った日の翌日から 2 年です。

541-0045

大阪市中央区道修町 4 - 7 - 6

塩野義健康保険組合

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

印

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	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
(11) Medicines**	医 薬	費	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
(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	\$	

* Please fill in the content of the Laboratory Tests.
*諸検査の内容を記入してください。

** 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。

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

印

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)					(Lower)				
(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

Permanent tooth																Primary tooth									
(Upper)																(RIGHT)					(LEFT)				
(Lower)																(RIGHT)					(LEFT)				

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