

海外療養費 支給申請書

海外家族療養費

支給金額	¥
算 式	

健保組合	常務理事	担当者	
人事担当部門	責任者	担当者	費用負担
			1. 会社 2. 本人

住友化学健康保険組合 御中

下記のとおり申請します。

年 月 日

(請求者氏名)

事業所名													
被保険者の 記号番号	—	所属			電話番号								
			被保険者生年月日		年 月 日								
住所													
* 被扶養者氏名	フリガナ				*被扶養者生年月日		年 月 日						
					*被保険者との続柄								
傷 病 名								発病または負傷の年月日					
								年 月 日					
発病または 負傷の原因					診療区分 (○印をつけてください)		入院 ・ 通院						
療養の給付を受けることが困難であった理由	海外における診療												
診療を受けた医師 歯科医師その他の 者の住所氏名													
診療または 手当の内容													
診療または手当 を受けた期間	自	年	月	日	至	年	月	日	日間	診療 実日数	日	診療または手当 に要した費用額	
疾病または負傷が第三者の行為に因るものであるときはその事実および第三者の氏名および住所（氏名または住所が不明であるときはその旨）													
給 付 金 受 取 方 法	代理人委任 (賃金受領)				委任状 私は事業主を代理人と定め、本請求に基づく給付金に関する受領を委任します。 年 月 日 (請求者氏名)								
	銀行振込 (退職者および 任継者のみ)				(フリガナ) 銀行 店の 私名義 普通預金口座 No. へお振込みください。								

注意事項 1. 海外家族療養費の届出のときは*印欄を記入してください。

2. この申請書は毎月 25 日までに 6 頁に記載の書類を添付して人事担当部門に提出してください。

1. This form is used for claiming the social the insurance benefit.
この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。
2. This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month, One form for hospitalization/outpatient and home visit.
各月毎、入院・入院外毎に付この様式1枚が必要です。

Attending Physician's Statement

診 療 内 容 明 細 書

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: _____, _____
初 診 日
4. Days of Diagnosis and Treatment: _____ days
診 療 日 数
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.: Itemized Receipt
治 療 実 費 領 収 明 細 書

Reference Number of your Medicial Record (if applicable)
診 療 録 の 番 号 _____

※この明細書が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文
(翻訳者の氏名、住所等を記載したもの)を添付してください。

Itemized Receipt

領 収 明 細 書

(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) Other (Specify)	その他 (特記せよ)	\$	_____	\$ _____
		\$	_____	\$ _____
(16) Total	合 計	\$	_____	

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e., payment for 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

担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name	:	Last	First	Title
名前		姓	名	
Office	:	_____		
		病院又は診療所		
Address	:	_____		
		住所		
Date	:	_____	Signature	_____
		日付	署名	

1. This form is used for claiming the social the insurance benefit.
この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。
2. This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month, One form for hospitalization/outpatient and home visit.
各月毎、入院・入院外毎に付この様式1枚が必要です。

Attending Physician's Statement (Dental)

診療内容明細書(歯科)

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: _____, _____
初診日
4. Days of Diagnosis and Treatment: _____ days
診療日数
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.: Itemized Receipt
治療実費 領収明細書

Reference Number of your Medicial Record (if applicable)
診療録の番号 _____

※この明細書が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文
(翻訳者の氏名、住所等を記載したもの)を添付してください。

Itemized Receipt (Dental)

領 収 明 細 書 (歯科)

Localization of Teeth 部位									
Permanent Teeth 永久歯	Deciduous Teeth 乳歯								
R. <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="padding: 0 5px;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="padding: 0 5px;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table> L.	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	R. <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">e d c b a</td> <td style="padding: 0 5px;">a b c d e</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">e d c b a</td> <td style="padding: 0 5px;">a b c d e</td> </tr> </table> L.	e d c b a	a b c d e	e d c b a	a b c d e
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8								
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								
e d c b a	a b c d e								

1. Name of Illness 傷病名			
1. Dental Caries う蝕症	2. Missing Teeth 欠損	3. Pyorrhea Alverlaris 歯槽膿漏	4. Other その他
2. Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Material 材料	Fee 治療費
*Initial Office Visit 初診料			
*X-Ray Examination レントゲン検査			
*Dental Pulp Extirpation 抜髄			
*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 歯槽膿漏処置 Pyorrhea Alveolaris			
*Medicine 投薬			
*Other その他			

Total 合計 _____

Name of Dental Surgeon
医師の名称

Name : Last _____ First _____ Title _____
 名前 姓 名

Office : _____
 病院又は診療所

Address : _____
 住所

Date : _____ Signature _____
 日付 署名

海外療養費・海外家族療養費の記入にあたって

項目名	記入要領	記入例
事業所名	会社名を記入	〇〇株式会社
被保険者の記号番号	マイナポータル、資格情報のお知らせ、資格確認書、健康保険証のいずれかを参考に記入	10-987654
所属	在籍の所属名を記入	第三製造課
電話番号	職場の電話番号（内線・外線いずれか）を記入	
被保険者生年月日	被保険者（本人）の生年月日を記入	
住所	現住所を記入	愛媛県西条市西条1-1-1
＊被扶養者氏名 ＊被扶養者生年月日 ＊被保険者との続柄	海外家族療養費の場合に記入	
傷病名	傷病名を記入	流行性角膜炎
発病または負傷の年月日	発病（負傷）の年月日を記入	
発病または負傷の原因	発病（負傷）の原因を記入	
診療区分	入院 通院のいずれかに○を記入	
療養の給付を受けることが困難であった理由	記入不要	
診療を受けた医師歯科医師その他の者の住所氏名	診療を受けた医師歯科医師その他の者の住所氏名を記入	
診療または手当の内容	診療または手当の内容を記入	
診療または手当を受けた期間	診療または手当を受けた期間を記入	
診療実日数	診療または手当を受けた期間のうち、実際に診療を受けた日数を記入	
診療または手当に要した費用額	税金分を除いた領収明細書の金額を記入	
疾病または負傷が第三者の行為に因るものであるときはその事実および第三者の氏名及び住所	疾病または負傷が第三者（交通事故等）の行為に因るものであるときに記入	
給付金受取方法	「代理人委任」欄に日付（記入日）、請求者氏名（本人）を記入	

添付書類

医科の場合	- 診療内容明細書 - 領収明細書
歯科の場合	- 診療内容明細書（歯科） - 領収明細書（歯科）
医科・歯科共通	- 翻訳文 ※明細書が外国語で作成されている場合は、日本語の翻訳文（書式自由）を添付してください。 - なお、翻訳文には、翻訳者の氏名・住所等を記載してください。 （業務以外（旅行等）の場合）渡航確認書類 ※パスポート等、渡航した事実がわかる部分のコピー



すべての記入が終わりましたら、右上の日付（記入日）、請求者氏名を記入のうえ、必要な書類を添付して、人事担当部門宛にご提出ください。