

健保記入欄	
支給額 (法定)	円

本人
 家族

海外療養費支給申請書 (歯科を除く)

R2年 4月 20日提出

※「診療内容明細書」「翻訳文」「調査に関する同意書」「領収書(原本)」「パスポート写し(顔写真・出入国のわかる面)」を添付

被 保 者 記 入 欄	被保険者証の 記号と番号	1 - 123456	被保険者 (請求者) 氏名	(フリガナ) ヤマハ イチロウ 山葉 一郎	印
	事業所名	ヤマハ(株)	生年月日	昭和・平 38年 6月 13日生	
	所属 課・係・店等	ピアノ生産課	メールBOX KK	自宅住所	〒 430 - 1101 浜松市中沢町19-1
	会社電話	外線 0537-24-7722 内線 1234	自宅電話	053-472-1000	
	受診者氏名	(フリガナ) ヤマハ ハナコ 山葉 花子	受診者の 生年月日	昭和 12年 5月 2日 平成	被保険者 との続柄 長女
	傷病名	アトピー性皮膚炎	負傷又は 発病した 状況又は 原因 (具体的に)	日時	R2年 3月 1日 午前 午後 時 分頃
	傷病の経過	良好		日差しが強くとアトピー性皮膚炎が悪化した	
	受診した医師 その他の者の 氏名及び住所	Dr.○○○○ ○○○○○○ ○○○○○○	診療又は 手当の内容	投薬	
	国名	U. S. A	診療又は手当 に要した費用の額	US \$ 95	
	診療又は 手当の期間	自平成 令和 2年 3月 6日 1日間 至 年 月 日	実額に支払った 通貨でご記入ください		
第三者の行為 が原因ですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 上記の設定で「はい」の場合 <input type="checkbox"/> 第三者が不明 <input type="checkbox"/> 第三者から療養費の補償がない (第三者から療養費の補償がある 場合は健康保険組合からは重複 して支給することが出来ません)	健保記入欄	* レート確認 = 円		

※被保険者証の記号番号を訂正する場合は、訂正印を押印してください。修正液等不可。

委任欄	本請求書に基く (事業所名) 給付金の受領を 令和 2年 4月 20日 に委任します。 被保険者氏名 山葉 一郎 (山葉) 印
-----	--

(資格喪失者のみ、振込依頼書にご記入下さい) ←

金融機関名	本・支店名	預金の種別	預金の番号	名義人名
		普通・当座		(フリガナ)
コード No.	コード No.			

備考
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する場合は、備考欄に記載してください。
被保険者証の記号番号を記載した場合は不要です。
(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票写し等)」及び「身元確認書類(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。)

事業所担当者印	健保受付印

* 療養費の請求権の消滅時効は、支払いを完了した日の翌日から2年間となります。

ヤマハ健康保険組合 R2.4.1改定

退職後にご請求される方はご希望の振込み先金融機関をご記入ください。
任意継続被保険者の方は、郵便局の口座にお振込みさせていただきますので記入は不要です。

※「診療内容明細書」「領収明細書」を担当医及び病院にて記入してもらってください。
※「診療内容明細書」の邦訳を「邦訳(A)」に、「領収明細書」の邦訳を「邦訳(B)」に必ず記入し、翻訳者の氏名・住所及び印等も記入してください。
※ 請求が長期間にわたる場合は、1ヶ月(暦日)分ずつご請求ください。

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 social insurance benefit.
この様式は患者の社会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書き、かつ署名して下さい。
- 3.One form for each month and one form for hospitalization/outpatient(home visit)should be filled out. 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

FormA
様式A

- 1.Name of Patient(Last,First) Hanako.Yamaha Age(Date of Birth) 20 Sex(Male·Female) 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 use of Social Insurance(Please refer to the table attached to this form).
傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号(附録参照)
Allergy Skin (No. 82)
- 3.Date of First Diagnosis: 03/06/2020
初診日
- 4.Days of Diagnosis and Treatment: 1 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
Allergy
- 7.Prescription,operation and any other treatmenta(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 Hosital&/or Attending Physician.: Fill in Form B
項目別治療実費 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病院又は診療所 ○○○○ Phone電話 ○○○○
Date日付 03/06/20 Signature署名 ○○○○
Attending Physician担当医
Reference Number of your Medical Report(if applicable)
診療録の番号

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital/Clinic
 担当医又は病院事務長へのお願い

- Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.
この様式は患者の社会保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
- This form should be completed and signed by either the attending physician or the superintendent of a hospital/clinic.
この様式は担当又は病院の事務長が書き、かつ署名して下さい。
- One form for each month and one form for hospitalization/outpatient(home visit) should be filled out.
各月毎、入院・入院外毎に付、この様式1枚が必要です。
- If not in dollars, please specify the unit used.
ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いて下さい。

FormB Itemized Receipt
 様式B 領収明細書

1.Fee for Initial Office Visit	初診料	\$ <u>49.00</u>
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	\$ <u>12.00</u>
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	\$ <u>24.00</u>
12.Surgical Dressing	包帯費	\$ _____
13.Anaesthetics	麻酔費	\$ _____
14.Operating Room Charge	手術室費用	\$ _____
15.Others(Specify)	その他(項目明記)	\$ <u>10.00</u>
16.Total	合計	\$ <u>95</u>

Unit is _____
 貨幣単位 _____

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e., payment for a luxurious room charge.

注 意: 高級室料等治療に直接関係のないものは除いて下さい。

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 名前: Last姓 ○○○ First名 ○○○ Title称号 _____

Address住所: Home自宅 △△△△ Phone電話 ○○○○

Office病院又は診療所 ○○○ Phone電話 ○○○○

Date日付 03/06/20 Signature署名 ○○○○