

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)

年 月 日提出

\*【添付書類】  
「診療内容明細書」・「翻訳文」・「調査に関する同意書」・「領収書(原本)」・「パスポート写真(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	-	被保険者 (請求者) 氏名	(フリガナ)	印	
	事業所名		生年月日	昭・平 年 月 日生		
	所属 課・係・店等		メールBOX	〒 -	自宅住所	
	会社電話	外線 内線			自宅電話	
	受診者氏名	(フリガナ)	受診者の 生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者 との続柄
	傷病名		負傷又は 発病した 状況又は 原因 (具体的に)	日時	年 月 日	午前 午後
	傷病の経過			時 分		
	受診した医師 氏名及び住所		診療又は 手当の内容			
	国名		診療又は手当 に要した費用の額			
	診療又は 手当の期間	自平成 令和 至 年 月 日 日間	(実際に支払った 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 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)  
\* 被保険者(請求者)が自ら署名する場合には、被保険者(請求者)の押印は不要です。

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

(資格喪失者のみ、振込依頼書にご記入下さい)

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

**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、備考欄へ記載してください。  
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。

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) \_\_\_\_\_ 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 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)

\_\_\_\_\_ (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 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 \_\_\_\_\_

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**

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 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。
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。
4. 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  
様式B

**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. Anaesthetics	麻酔費	\$	_____	Unit is	_____
14. Operating Room Charge	手術室費用	\$	_____	貨幣単位	
15. Others(Specify)	その他(項目明記)	\$	_____		
16. Total	合計	\$	_____		

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 \_\_\_\_\_ Signature署名 \_\_\_\_\_

■ 翻訳 (A)

2. 傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処方の概要

翻 訳 者 記 入 欄	
名前	<input type="text"/> (印)
住所	<input type="text"/> 電話 <input type="text"/>

■ 翻訳 (B)

15.その他(項目明記)

翻 訳 者 記 入 欄	
名前	<input type="text"/> (印)
住所	電話 <input type="text"/>

**調査に関わる同意書(海外療養費)**  
**Agreement of Authorization**

- ・治療開始日 Starting date of medication Year \_\_\_\_\_年 Month \_\_\_\_\_月 Day \_\_\_\_\_日
- ・患者 Patient  
(患者名 Name of patient) \_\_\_\_\_  
(住所 Address) \_\_\_\_\_  
(生年月日 Date of birth) Year \_\_\_\_\_年 Month \_\_\_\_\_月 Day \_\_\_\_\_日

ヤマハ健康保険組合御中

私(療養を受けた者) \_\_\_\_\_ は、ヤマハ健康保険組合の職員又は、ヤマハ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(療養行為を行った日時、場所療養内容)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。

To: Yamaha Health Insurance Society  
I(patient who has received treatment), \_\_\_\_\_ authorize Yamaha Health Insurance Society or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment, place, and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms.

**署名・捺印欄 Signature**

署名・捺印は、治療を受けた本人が行って下さい。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・捺印して下さい。

Insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

- (氏名 Signature) \_\_\_\_\_ 印
- (住所 Address) \_\_\_\_\_
- (日付 Date) Year \_\_\_\_\_年 Month \_\_\_\_\_月 Day \_\_\_\_\_日
- (患者との関係 Relation to the insured)  
本人 Self ・ 親権者 Guardian ・ 法定相続人 Heir ・ その他 Other [ \_\_\_\_\_ ]