

健康保険海外療養費支給申請書ご提出の皆さまへ
申請につきまして下記の点にご注意頂き、ご協力をお願いします。

1. 入院、入院外（通院）、歯科等、医療機関別に各月ごと(1日から月末まで)に1枚ずつ証明書が必要となります。
2. 手続きに必要な書類は、「健康保険（被保険者・被扶養者）海外療養費支給申請書」と様式 A（歯科の場合は C）・B です。担当の医師に証明してもらってください。併せて、領収書があればご提出をお願いいたします。
3. 様式 A の 2・6・7、様式 B の(10)、(11)、(15)、様式 C の患歯部位等については翻訳をし、翻訳者の住所・氏名・電話番号を書いてください。
4. 「健康保険（被保険者・被扶養者）海外療養費支給申請書」の①～⑱と署名欄の記入をご確認の上、健保に直接ではなく事業所担当者にご提出下さい。なお、給付金は事業所を經由して支給しますのでご了承ください。
5. 海外療養費の支給額は、日本国内の健康保険の治療費（健康保険適用範囲内）を基準として算定された額(実際に現地で支払った金額の方が算定された額より低いときはその実費額)から、一部負担金を控除した額を給付します。なお、支給額算定に用いる邦貨換算率は、健康保険組合がその支給を決定した日の外国為替換算率（売りレート）を使用します。
6. 海外療養費に関する健康保険法の定めがありますので(会計年度、請求期限等)、毎月の診療が終了した時点で遅滞なく速やかに申請の手続きをお願いします。
7. 健康保険法により不支給となることがありますのでご注意ください。

ご不明な点がございましたらアルバック健康保険組合までお問い合わせ下さい。

TEL:0467-89-2228

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 A
様式 A

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 for the use of Social Insurance.
傷病名

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 Form _____ / _____ 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 : 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 (名前) : Last(姓) _____ First(名) _____ Title(称号) _____
Address (住所) : Office(病院または診療所) _____ Phone _____
Date (日付) : _____ . _____ . _____ Signature(署名) _____

■邦訳 (A)

2. 傷病名

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 _____

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 B

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 Examination	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 (項目明記)	\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
(16) Total	合 計	\$	

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、治療に直接関係のないものは除いて下さい。

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) : Office(病院または診療所) _____ Phone _____
 Date (日付) : _____ . _____ Signature(署名) _____

■邦訳（B）

(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) その他（特記事項）

翻訳者

住所 _____

氏名 _____

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 Attending Dentist's Statement
様式 C 歯科診療内容明細書

Name of Patient(Last,First) Date of Birth Sex M F
患者名 生年月日 性別 (男・女)
Date of first Diagnosis Date of Diagnosis Treatment
初診日 診療日数 days

Table with dental diagrams for Permanent Tooth (永久歯) and Milky Tooth (乳歯) showing upper and lower arches with tooth numbering (1-8).

Type of Treatment 治療の分類

Table with 4 columns: Service (診療内容), Localization of Teeth Examined (患歯部位), Material (材料), Fee (治療費). Rows include Initial Office Visit, X-Ray Examination, Dental Pulp Extirpation, Operation, Extraction, Filling, Inlay, Metal Crown, Post Crown, Jacket Crown, Bridge Work, Plate Denture, Partial Denture, Complete Denture, Treatment of Pyorrhea Alveolaris, Medicine, The Others, and Total.

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) : Office(病院または診療所) Phone Date
(日付) : Signature(署名)

■邦訳 (C)

R L (Upper)	Permanent Tooth 永久歯	R (Upper)	Milky Tooth 乳歯	L
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	
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)		(Lower)		

治療の分類

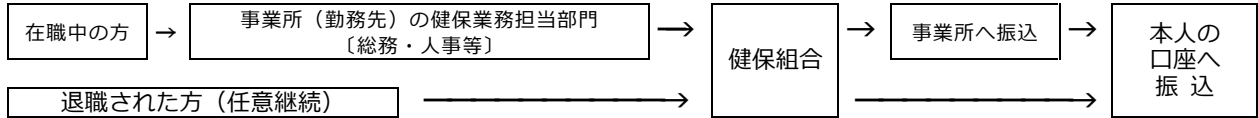
Service (診療内容)	Localization of Teeth Examined (患歯部位)	Material (材料)	Fee (治療費)
初診料			
レントゲン検査			
抜髄			
手術			
抜歯			
充填			
インレー			
金属冠			
継続歯			
ジャケット冠			
ブリッジ			
有床義歯 局部義歯 総義歯			
歯槽膿漏処置			
投薬			
その他			
合計			

翻訳者

住所 _____

氏名 _____

電話 _____



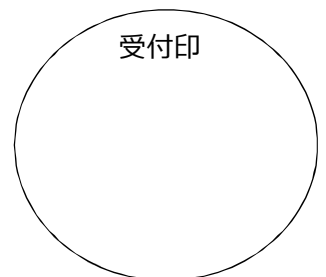
受付年月日	年 月 日	支給支払決議書			
伺年月日	年 月 日				
決裁年月日	年 月 日				
支給額	円				
支給期間	自 年 月 日	資格取得	年 月 日		
	至 年 月 日 日間	資格喪失	年 月 日		
		支払年月日	年 月 日		

健康保険（被保険者・被扶養者）海外療養費支給申請書（第 回目）

被保険者（申請者）が記入するところ	①被保険者等 記号・番号	—		②被保険者（申請者） 氏名		
	③被保険者住所	〒 _____				
	④生年月日	年 月 日	⑤事業所名称			
	療養が被扶養者（家族）に関するとき	⑥受診者氏名		⑦生年月日	年 月 日	
	⑧傷病名					
	⑨発病又は負傷年月日	年 月 日頃				
	⑩発病又は負傷の原因					
	⑪症状の概要					
	⑫第三者（相手）行為による傷病ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	⑬業務上または通勤途上での傷病ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	⑭診療を受けた病院等	名称		医師名		
		所在地				
	⑮診療の期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間	⑯入院・入院外の別	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外		
	⑰診療の内容					
	⑱療養に対する病院等への支払額	通貨（ ） 金額（ ） 国名（ ）				
	⑲海外に滞在していた理由	1. 海外出向中 2. 海外出張中 3. 海外旅行中 4. 海外留学中 5. その他（ ）				
上記の通り請求します。ただし給付金の受領を下記の受取代理人に委任します。						
年 月 日						
被保険者 住所 (申請者) 氏名						

（事業所記入欄）

受取代理人の欄	代理人の住所 代理人の氏名
---------	------------------



※資格喪失後の請求の場合は請求者に直接送金するため、該当の場合は健保までご連絡ください。

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

私（療養を受けた者）、 _____ は、アルバック健康保険組合の職員又はアルバック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。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、パスポートをアルバック健康保険組合に提示することも併せて同意します。

I (patient who has received treatment) authorize ULVAC 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. Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

署名欄 (Signature)

署名は、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）、法定相続人（本人が死亡している場合）が署名してください。

If you agree the above condition fill out the underline information. Signature must be done by the patient who received the treatment. However, in the following case, guardian (if patient is under 20 years old), heir at law (if patient is dead) shall write the signature.

住所 (Address) : _____

氏名 (Signature) : _____

生年月日 (Date of birth) : _____ 年 (Year) _____ 月 (Month) _____ 日 (Day)

(患者との関係) : 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 ()

(Relation with the patient) : oneself guardian heir other ()