

支給決定伺		常務理事	事務長	担当者	担当者
支給額					
決定日	年	月	日		
備考					

海外療養費支給申請書

医療区分 検査・予防接種・定期健診・入院・通院・歯科・薬剤・その他

健康保険被保険者証	記号 1	番号 1234	受診国滞在の理由 ① 海外駐在 駐在 地 ; スイス (ジュネーブ) 2. 海外出張 ; 3. 私的滞在 ; 療養のため・留学等・旅行・その他
社員No.	1234-5		受診者の居住国 スイス
受診者氏名	阪田太郎		生年月日 S50年 2月 2日
傷病名 (身体の一部の時 は部位)	虫歯		発病(発症)・負傷の年月日 H29年 4月 4日
傷病・負傷の原因	治療済みの虫歯の詰め物がとれたため		第三者行為で (傷病原因に他者が関与している) ある・ <input checked="" type="radio"/> ない
傷病・負傷の経過 (発症・負傷から受診に 至った経緯を詳しく)	日本で治療済みの虫歯の詰め物が取れたのを放置していたところ、歯痛がひどくなり、歯茎が腫れて咀嚼に支障が出たため受診しました。		
診療や手当の内容 (診療・検査等の内容を 具体的に詳しく)	問診、レントゲン血液テスト、止瀉薬の投薬、薬の処方を受け、4/8に再診し充填しました。		
診療や手当を受けた 医師等の 住所・氏名 (国名から記入してください)	HOPITAL UNIVERSITAIRE DE GENEVE Dr. A Bcde RUE GABRIELLE-PERRET-GENTIL 4, 1205 GENEVE 14 tel +41-22-372-33-11 http://www.hug-ge.ch/		
受診期間 (西暦)	2017年 4月 5日より 2017年 4月 8日まで		受診日 (受診期間 内、全て記 入) 4/5, 4/8
受診 実日数	2日	処方箋による 調剤回数	回
療養費 (通貨表示のこと)	CHF 11.22		
申請日	H29年 4月 20日		送付物宛先 申請者 電話番号 (内線) 氏名 スイス駐在 阪田太郎
サカティンクス健康保険組合 理事長 殿			

- 注意 1. 療養については「診療内容明細書」及び「領収書」の原本に「邦訳」と「同意書」を添付して下さい。
2. 処方箋による薬剤費は処方箋のコピーを付け診療費と分けて請求して下さい。
3. 領収書の発行者が異なる場合は原則として領収書毎に申請書一式が必要です。
4. 日本語以外の言語の書類には翻訳文を付けてください。
5. 申請に渡航・滞在の事実を証明する書類を添付してください。(旅券・航空券のコピー等)
6. 記入漏れ、添付書類の不備不足等の申請は受け付けできません。

上記の受診者の
在外居住地・海外出張地
であることを認める
事業主の代理人印

支払い方法の指定	資格喪失後の場合のみ	(指示のない場合は健保での預り)
貸付金がある場合は返済のため相殺を優先	(7)ガガ	(7)ガガ
海外駐在被保険者	銀行名	本支店名
1. 国内給与口座に入金	種別 当・普	(7)ガガ
	口座番号 No.	口座名義

以下の欄は記入しないで下さい

療養費	適用日	疾病点数		担当者
レート		日数	給付率	
円換算		基準給付額		
医療費補助率		附加給付額		支払 受付
医療費補助額		合計		

Request to Attending Physician
 担当医へのお願い

- 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 the attending physician.
この様式は担当医が書き、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・入院外毎に付き、この様式1枚が必要です。

FormA

Attending Physician's Statement
 診療内容明細書

- Name of Patient (Last, First) Age (Date of Birth)
 患者名 _____ 年齢 (生年月日) _____ month, y
 Sex 性別 Male Female
- Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for use of Social Insurance.
 傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号
 (No. _____)
- Date of First Diagnosis; _____
 (day, month, year)
- Days of Diagnosis / Treatment. _____ days (visit)
- Type of Diagnosis / Treatment (治療の分類)
 Inpatient; From _____ To _____
 入院外 (day, month, year) (day, month, year)
 Outpatient or Home Visit; From _____ To _____
 入院外 (day, month, year) (day, month, year)
- Nature and Condition of Illness or Injury (in brief) 症状の概要

- Prescription, operation and any other treatments (in brief) 処方、手術その他の処置の概要

- 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?
- Itemized Amounts paid to Hospital and / 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
 担当医の氏名・住所

Name; (Last, First) Title _____
 氏名

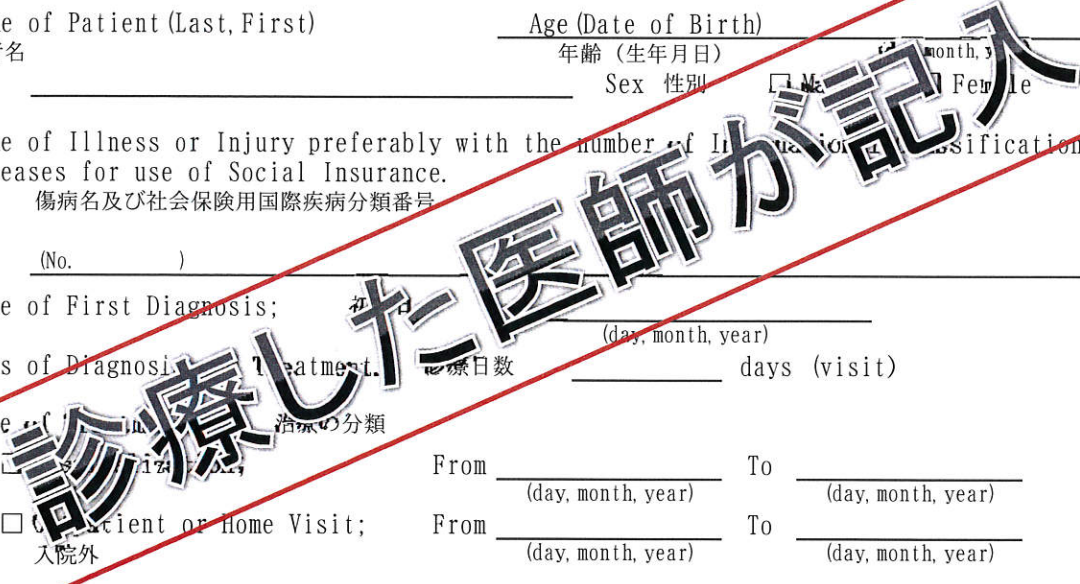
Address; Home Phone _____
 住所

Office Phone _____

Date _____

Signature _____
 Attending Physician 担当医

Reference Number of your Medical Report (if applicable)
 診療録の番号 _____



Request to Attending Physician

Certificate by a dentist

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な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・入院外毎に付き、この様式1枚が必要です。

Attending Dentist's Statement
(歯科診療内容明細書)

Name of Patient _____ Age _____ Sex Male Female
Date of First Diagnosis _____ Days of Diagnosis & Treatment _____ days (visit)

Teeth No. Permanent Tooth Primary Tooth
Upper R 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 | 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 L R A, B, C, D, E | G, H, I, J, K
Lower R 32, 31, 30, 29, 28, 27, 26, 25 | 24, 23, 22, 21, 20, 19, 18, 17 L R T, S, P, Q, P | N, M, L, K

Name of Illness & Teeth No.	Dental Caries	Missing Teeth	Pyorrhea Alveolaris	Fee	Date of Diagnosis & Treatment		
	+	+	+		D	M	Y
歯科治療 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							
Others その他							
Total(合計)							

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(氏名) 称号
Address (Office) _____ Phone _____
住所(病院) 電話
Date _____ Signature _____ e-mail _____
日付(年月日) (day, month, year) 署名 メールアドレス

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

・治療開始日 年 月 日
年 2017 月 4 日 5
・Starting date of medication Year 2017 Month 4 Day 5

・患者

(患者名) 阪田太郎
(住所) AVENUE J.-D. MAILLARD 5 1221 MEYRIN
(生年月日) 年 1975 月 2 日 2

・Patient

(Name of patient) SAKATA TARO
(Address) AVENUE J.-D. MAILLARD 5 1221 MEYRIN
(Date of birth) Year 1975 Month 2 Day 2

サカタインクス健康保険組合 御中

私(療養を受けた者) 阪田太郎 は、サカタインクス健康保険組合の職員又はサカタインクス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、パスポートをサカタインクス健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To: SAKATA INX Health Insurance Association

I (patient who has received treatment) SAKATA TARO
authorize SAKATA INX Health Insurance Association 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.

Request to Attending Physician
 担当医へのお願い

- 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 the attending physician.
 この様式は担当医が書き、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・入院外毎に付き、この様式1枚が必要です。

Form A

Attending Physician's Statement
 診療内容明細書

1, Name of Patient (Last, First) Age (Date of Birth)
 患者名 年齢 (生年月日) (day, month, year)
 Sex 性別 Male Female

2, Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for use of Social Insurance.
 傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号
 (No.)

3, Date of First Diagnosis; 初診日
 (day, month, year)

4, Days of Diagnosis and Treatment. 診断日 治療日

5, Type of Treatment. 治療の分類
 Hospitalization: From (day, month, year) To (day, month, year)
 Outpatient/Home Visit: From (day, month, year) To (day, month, year)

6, Nature and Condition of Illness or Injury 症状の概要

7, Prescription, operation and 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
 項目別治療実費; 様式Bによる

10, Name and Address of Attending Physician ★原本の言語に関係なく、この欄は翻訳者が漢字
 担当医の氏名・住所 またはアルファベットで読み易く転記して下さい

Name; (Last, First) *HOPITAL UNIVERSITAIRE DE GENEVE / Dr. Andre Bode* Title *DR*
 氏名

Address; Home Phone
 住所

Office *RUE GABRIELLE-PERRET-GENTIL 4, 1205 GENEVE 14* Phone *41-22-372-33-11*

Date
 日付 (年月日)

Signature ×
 Attending Physician 担当医

Reference Number of your Medical Report (if applicable)
 診療録の番号

11, 日本語への翻訳者 : 原本の言語に関係なく、以下の欄を記入してください

翻訳日 *2017. 4. 15*
 日付 (年月日)

翻訳者住所 *RUE GABRIELLE-PERRET-GENTIL 1, 108 GENEVE 8*

翻訳者氏名 *阪田太郎* 印

翻訳者連絡先 (電話・メール等)

Request to Attending Physician (担当医へのお願い)
 担当医へのお願い

Japanese translation

- 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 the attending physician.
 この様式は担当医が書き、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・入院外毎に付き、この様式1枚が必要です。

Attending Dentist's Statement
 (歯科診療内容明細書)

Name of Patient _____ Age _____ Sex Male Female _____
 Date of First Diagnosis _____ Days of Diagnosis & Treatment _____ days (visit)

Teeth No. Permanent Tooth Primary Tooth
 Upper R 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 | 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 18 L A, B, C, D, E | F, G, H, I, J, K
 Lower R 21, 31, 30, 29, 28, 27, 26, 26 | 24, 23, 22, 21, 20, 19, 18, 17 L T, S, R, Q, P | O, N, M, L, K

Name of Illness & Teeth No.	Dental Caries	Missing Teeth	Pyorrhea Alveolaris	the Othre ()
Denatal Treatment		Localization of Teeth Examined (Teeth No.) 患歯部位	Material	Date of Diagnosis & Treatment 費用 D M Y
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				
Plate Denture 局部義歯				
Plate Denture 総義歯				
Treatment of Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏処置				
Medicine 投薬				
Others その他				
Total(合計)				

診療した医師が記入した
 診療内容証明書を
 日本語に翻訳

Name and Address of Attending Physician/Superintendent of Hospital (担当医又は病院事務長の名前及び住所)
 *Original language only. This column is for the translator to enter in Japanese or Chinese.

Name (Last, First) HOPITAL UNIVERSITAIRE DE GENEVE / Dr. Andore Bcde Title Dr
 名前(氏名) 称号
 Address (Office) RUE GABRIELLE-PERRET-GENTIL 4,1205 GENEVE 14 Phone _____
 住所(病院) 電話
 Date _____ Signature _____ × e-mail _____
 日付(年月日) (day, month, year)

日本語への翻訳者：原本の言語に関係なく、以下の欄を記入して RUE GABRIELLE-PERRET-GENTIL 1, 108 GENEVE 8
 翻訳日 2017.4.15 翻訳者氏名 阪田太郎 印
 日付(年月日) (day, month, year) 翻訳者連絡先(電話メール等)