

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	番号	受診 国滞 在の 理由	1. 海外駐在 駐 在 地 ; 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.			受診者の居住国			
受診者氏名	生年 月 日		年 月 日		被保険者 との続柄	
傷病名 (身体の一部の 時は部位)			発病(発症)・負傷の年月日		診療を受けた国名	
			年 月 日			
傷病・負傷の原因				第三者行為で (傷病原因に他者が関与している)	ある・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)						
診療や手当の内容 (診療・検査等の内容を 具体的に詳しく)						
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)						
受診期間 (西暦)	年 月 日より		受診日 (受診期間 内、全て記 入)			
	年 月 日まで					
受診 実日数	処方箋による 日	調剤回数	回	療養費 (通貨表示のこと)		
申請日	年 月 日		送付物宛先 申請者 電話番号 (内線) 氏 名			
サカタインクス健康保険組合 理事長 殿				(印)		

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

以下の欄は記入しないで下さい

療養費		疾病点数				担当者
レート	適用日	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。

Form A

Attending Physician's Statement
診療内容明細書

1, Name of Patient (Last, First)
患者名

Age (Date of Birth)

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.

診療日数

days (visit)

5, Type of Treatment.

治療の分類

Hospitalization;

入院

From

(day, month, year)

To

(day, month, year)

Outpatient or Home Visit;

入院外

From

(day, month, year)

To

(day, month, year)

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?

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

担当医の氏名・住所

Name; (Last, First)

氏名

Title

Address; Home

住所

Phone

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	R A, B, C, D, E F, G, H, I, J, L
Lower	R 32, 31, 30, 29, 28, 27, 26, 25 24, 23, 22, 21, 20, 19, 18, 17	R 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 材料	Fee 費用	Date of Diagnosis & Treatment	
歯科治療					D	M
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 (鎮痛剤) 投薬						
Others (フッ素) 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) 名前(氏名)	Title 称号
Address (Office) 住所(病院)	Phone 電話
Date 日付(年月日) (day, month, year)	Signature 署名
	e-mail 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

・Starting date of medication Year Month Day

・患者

(患者名) _____

(住所) _____

(生年月日) 年 月 日

・Patient

(Name of patient) _____

(Address) _____

(Date of birth) Year Month Day

サカタインクス健康保険組合 御中

私(療養を受けた者) _____ 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) _____

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.

署名・押印欄

Signature

署名・押印は、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、押印して下さい。

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) _____ 印

(住所) _____

(日付) 年 _____ 月 _____ 日 _____

(患者との関係) : 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他[_____]

※ 本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。

(Signature) _____

(Address) _____

(Date) Year _____ Month _____ Day _____

(Relation to the insured) : Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other _____

※ This agreement of authorization expires 6 month after the signed date.

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項を記載頂くことがあります。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.

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

Japanese translation

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な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 | R A, B, C, D, E | F, G, H, I, J L
 Lower R 21, 31, 30, 29, 28, 27, 26, 26 | 24, 23, 22, 21, 20, 19, 18, 17 L | R 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.)		Material	Fee	Date of Diagnosis & Treatment		
歯科治療	患歯部位		材料	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 (鎮痛剤) 投薬							
Others (フッ素) 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

★原本の言語に関係なく、この欄は翻訳者が漢字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) _____ 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)

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 翻訳者住所

翻訳日 _____ 翻訳者氏名 _____ 印
 日付(年月日) (day, month, year) 翻訳者連絡先(電話メール等)