健保組合 宛(社命による駐在や出張及びその帯同で事業主の補助を受付ける場合は、下命部門宛) 被保険者→事業主

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	F]	日				
備考									

海外療養費支給申請書

			11-3-7-1	MIL.	只 / / / / /	1 111					
医療区分	検査・予	防接種・定期]健診・	入院・通	6院・歯科	薬剤		その他			
健康保険	記号	番号	受診	1. 海外	ト駐在 駐	在	地;				
被保険者証			国滞在の	2. 海外	ト出張 :						
			理由	3. 私的	力滞在 ; 源	養のた	こめ・	留学等 •	旅行・そ	の他	
社員No.						受	診者の	D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			7,1		発病(発	症)・	負傷	の年月日	診療を受	をけた国名	名
(身体の一部の 時は部位)			710001			年	月	日			
傷病・負傷	の原因								行為で テが関与している)	ある・フ	ない
傷病・負傷 (発症・負傷だ 至った経緯を	から受診に										
診療や手当	の内容										
(診療・検査等											
具体的に詳	()										
診療や手当る	を受けた	*									
医師等											
住所・原											
(国名から記入して	てください)						1			-11	
受診期間	8	年 月		日より	受診日 (受診期間						
(西曆)		年 月		日まで	内、全て記入)						
受診		処方箋による	5		療	養費					
実日数	日	調剤回数		口	(通貨表						
申請日		年	1	日	مات مات مات	送付物					
					申請者	電話番		(内線)			(2)
サカタイン	ンクス健康	康保険組合	理事長	殿		氏	名				(II)
注意 1. 療養	については	「診療内容明	細書」及	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	ーを付け診	療費と分け	て請求	して下	さい。		上記の受詞	诊者の

- 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	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	亡 (フリカ゛ナ)		(フリカ゛ナ)	
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	(フリカ゛ナ)	
	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	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	-	1	

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・入院外毎に付き、この様式1枚が必要です。

FormA

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 preferabl 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;	From To (day, month, year)
	入院 □ Outpatient or Home Visit; 入院外	From To (day, month, year) (day, month, year)
6,	Nature and Condition of Illness or	Injury (in brief) 症状の概要
	Prescription, operation and any oth Was the treatment required as a res	ner treatments (in brief) 処方、手術その他の処置の概要 sult of an accidental injury? □ Yes □ No
Ο,	治療は事故の傷害によるものですか?	vari or an accracincar injury.
9,	Itemized Amounts paid to Hospital a 項目別治療実費;様式Bによる	and / or Attending Physician. ;Fill in Form B
10,	Name and Address of Attending Physi 担当医の氏名・住所	ician
	Name; (Last, First)	Title
	氏名	
	Address; <u>Home</u> 住所	Phone
	Office	Phone
	Date	Signature
		Attending Physician 担当医 Reference Number of your Medical Report (if applicabl
		診療録の番号

Request to Attending Physician 担当医へのお願い

Certificate by a dentist

- 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			Ag	e	Sex Male	Female
Date of First Diagno	osis		Days of Diagnosis & Treatment			days
Teeth No. $\frac{\text{Upper}}{\text{Lower}} R \frac{1, 2}{32, 31}$	Perman, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 30, 29, 28, 27, 26, 25	ent Tooth 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 24, 23, 22, 21, 20, 19, 18	5, 16 3, 17 L	Primary R A, B, C, D, E T, S, R, Q, P	Tooth F, G, H, O, N, M,	(visit
Name of Illness & Teeth No.	Dental Caries	Missing Teeth	Pyorrhea Alveolaris	the Othre()
Denatal Treatmen	t	Localization of Teeth Examined (Teeth No.)	Material	Fee	Date Diagnos Treatm	is & ent
歯科治療 X-Ray Examinat レントゲン検査 Dental Pulp Exti		患 歯 部 位	材料	費用	D M	Y
抜髄 Operation 手術 Extraction						
<u>抜歯</u> Filling 充填						
Inlay インレー Metal Crown 金属冠				(4)		
Post Crown 継続歯 Jacket Crown ジャケット冠						
Bridge Work ブリッジ Plate Denture				8 -		
有床義歯 Partial Denture 局部義歯						
Complete Den 総義歯 Treatment of Py	ture vorrhea Alveolaris					
<u>歯槽膿漏処置</u> Medicine 投薬	(鎮痛剤)					
Others その他	(フッ素)	,				
Total	(合計)					
Name and Addres 担当医又は病院事務	s of Attending Phy	sician/Superintenden	nt of Hospital or Clir			
Name(Last,First) 名前(氏名)				Title 称号		
Address(Office) 住所(病院)				Phone 電話		
Date		Signature		e-mail		
日付(年月日)	(day, month, year)	署名		メールアト・レス		

調査に関わる同意書 Agreement of Authorization

·治療開始日 年 月 日	年	月	目
·Starting date of medication	Year	Month	Day
•患者			
(患者名)			
(住所)			
(生年月日)	年	月	目
•Patient			
(Name of patient)			·
(Address)			
(Date of birth)	Year	Month	Day
サカタインクス健康保険組合 箱	即中		
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	委託した事業者に	が、海外療養費申請書類は	こある事実(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	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、パスズ	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。	0	
To: SAKATA INX Health Insu	rance Associatio	on	
I (patient who has received tre	eatment)		
authorize SAKATA INX Heal	th Insurance Ass	sociation or its staff, and	its
subcontractors to refer and obta	ain any and all fa	actual information related t	to an overseas
medical treatment benefit claim((s) filed or to be	filed including date of the	treatment,
place, and any treatment record	ls and information	on from the medical organiz	zation in order
to verify by submitting the relat	ed application fo	orms.	
Also, I agree to submit a photoc	copy of my passi	port if it is necessary along	g 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)		en an en an an en		
(住所)				
(日付)	年	月	目	
(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 • Hei	r • 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

- 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。

Form A

Attending Physician's Statement 診療内容明細書

1,	1, Name of Patient(Last, First) Age(Date of Birth)	
	思者名 年齢(生年月日) (day, month, year) Sex 性別 □ Male □ F	`emale
2,	2, Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classifica 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,	3, Date of First Diagnosis; 初診日(day, month, year)	
4,	4, Days of Diagnosis and Treatment. 診療日数 days (visit)	
5,	5, Type of Treatment. 治療の分類	
	□ Hospitalization; From To (day, month, year) (day, month, year)	
	入院 (day, month, year) (day, month, year) □ Outpatient or Home Visit; From To	
	入院外 (day, month, year) (day, month, year)	
6,	6, Nature and Condition of Illness or Injury (in brief) 症状の概要	
7,	7, Prescription, operation and any other treatments (in brief) 処方、手術その他の処置	の概要
8,	8, Was the treatment required as a result of an accidental injury?	□ No
9,	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,	10, Name and Address of Attending Physician 担当医の氏名・住所 ★原本の言語に関係なく、この欄は翻訳 たはアルファベットで読み易く転記して	
	Name; (Last, First) Title	
	氏名	
	Address; Home Phone 住所	a a
	Office Phone	
	Date Signature × 日付(年月日) Attending Physician 担当	
	Date Signature ×	
11,	Date 日付(年月日)SignatureX Attending Physician 担当 Reference Number of your Medical Report (if a 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 翻訳日翻訳者住所	
11,	DateSignatureX日付(年月日)Attending Physician 担当Reference Number of your Medical Report (if a 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 日付(年月日)	

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

Japanese translation

- 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)

		(图件診療内				
Name of Patient			Ag	e	Sex Male	e Female
Date of First Diagno	sis		Days of D	iagnosis & Treatment		days
Teeth No.		t T tl.	3			(VISIT)
	3. 4. 5. 6. 7. 8	ent Tooth I 9.10.11.12.13.14.1	5. 18	Primary A. B. C. D. E	100th F. G. H.	I. I.
Lower R $\frac{1}{21,31}$	30, 29, 28, 27, 26, 26	9, 10, 11, 12, 13, 14, 1 24, 23, 22, 21, 20, 19, 1	8, 17 L	R A, B, C, D, E T, S, R, Q, P	0, N, M,	L, K
	Dental Caries		Pyorrhea Alveolaris	the Othre(
Name of Illness	Dental Garles	Wilssing reedi	r yorrica Arveolaris	the Othre		1
& Teeth No.				2		
Denatal Treatment		Localization of Teeth	**		Date	of
Denatal Treatment	L	Examined	Material	Fee	Diagnos	The second second
		(Teeth No.)	Material	100	Treatm	ASSESSED TO THE PERSON NAMED IN COLUMN TO THE PERSON NAMED IN COLU
歯科治療		患歯部位	材 料	費用	D M	
歯科治療 Initial Office Vis	it					
初診料						
X-Ray Examinat	ion					
レントゲン検査 Dental Pulp Exti	rnation					
抜髄	ipation					
Operation						
手術						1
Extraction 抜歯				e 1		
Filling						1
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						1.
Bridge Work						
ブリッジ						
Plate Denture						
有床義歯 Plate Denture						
局部義歯						
Plate Denture						
総義歯						
I reatment of Py 歯槽膿漏処置	orrhea Alveolaris					
Medicine	(鎮痛剤)					
投薬	(224)					
Others	(フッ素)					
その他	(フノボ)					
Total	(合計)					
			154055	一門なかくこの畑は	FD=0 + 1,6*#	
Name and Addres	s of Attending Phy	rsician/Superintender	nt of Hospital Gia	一関係なく、この欄は	翻訳石か渓	子または
担ヨ医犬は病院事務	長の名削及ひ任所		アルノアヘット	じ記の易く転記して下	さい。	
Name(Last, First)				Title 称号		
名前(氏名)				1.5 (5)		
Address(Office)				Phone		
住所(病院) Date		Signature	×	電話 e-mail		
日付(年月日)	(day, month, year)	oigilatul e	^	C IIIaii		-
		、以下の欄を記入して・	翻訳者住所			
	インロ町に関係はく	、以下の欄を記入して、 翻訳者氏名	関からいは「エバ」			Ęn
翻訳日 日付(年月日)	(day, month, year)	翻訳者 直 氏 名 翻訳者 連絡先 (電話メー	川.笙\			— ED
中的(十月日)	(day, month, year)	町が1日 建耐兀(电品メー	/レザ/			