

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：入院・通院 種別：歯科・歯科以外の傷病・その他（ ）

被 保 険 者 が 記 入 す 被 保 険 者	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； ② 海外出張 出張先： 南アフリカ 3. 私的滞在；療養のため・留学等・旅行・その他		
	社員No.	1234-5		海外旅行保険 <input checked="" type="checkbox"/> 有・無	現地保険 <input checked="" type="checkbox"/> 有・無	会社の保険 <input checked="" type="checkbox"/> 有・無	受診者の 居住国 スイス
	受診者氏名	阪田 太郎		生年月日 受診月年齢	1970年 1月 1日 50歳		被保険者 との続柄 本人
	傷病名 (身体の一部の 時は部位)	急性腸炎			発病(発症)・負傷の年月日	2020年 2月 2日	
	傷病負傷の 原因や相手 (複数可)	不明・生活習慣・先天性疾患・慢性疾患・人・動物・食品・車両・設置物・建造物 その他： 詳しく⇒ 水当たり			第三者行為で 他者や他者の管理するものが関与	ある <input checked="" type="checkbox"/> ない	
	傷病発症場所	業務中・通勤途上・自宅・その他 出張先のホテル ・先天性疾患↓・慢性疾患↓					
	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) 受診の必要性や緊急性が 分るように記入下さい。	夕食後、滞在先のホテルで部屋で寛いでいたところ、 激しい腹痛と下痢症状が長時間続いたため、受診				診断を受けた年月： 年 月 頃	
	受診した医療機関と 診察した医師の 住所・氏名・連絡先等	NETCARE MILPARK HOSPITAL 9 GUILD ROAD, PARKTOWN WEST, JOHANNESBURG 2193 Dr. J TEEGER TEL +27-11-480-5600					
	診療・治療の内容を 具体的に詳しく	視診・触診・血液検査・点滴					
	治療を受けた年月 (健保への申請は月毎)	2020年 2月分	治療を 受けた日数	1回	療養費 (通貨表示のこと)	ZAR. 1,000.00	
診療や治療を受けた日 (対象月内、全て記入)	2020/2/3			備考			
申請日	2020年 3月 3日			送付物宛先	スイスアフィス		
申請者				電話番号(内線)	T.sakata@mail.com		
氏名				氏名	阪田 太郎		
サカタインクス健康保険組合 理事長 殿							

- 注意
1. 海外での療養の申請書には指定の「診療内容明細書」「領収明細書」、その「邦訳」と「同意書」を添付して下さい。
 2. 検査指示書や処方箋による場合は、そのコピーを付け**指示日の療養申請と同時に提出して**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発行者ごとに申請書一式が必要です。
 4. 証明書類等で日本語以外の言語や文字の書類には**翻訳文**を付けて下さい。
 5. 申請に渡航・滞在の事実を証明する書類を添付して下さい。(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。**
 7. **手書き**してください。(厚労省の指導により必要に応じて筆跡を確認することがあります)

上記の受診者の
駐在員としての居住地
であることを認める
事業主の代理人印

支払方法：国内給与口座に振込み。 任意継続被保険者は登録口座に振込

以下の欄は記入しないで下さい

療養費	疾病点数	担当者
売りレート <small>適用日</small>	日数	給付率
円換算(小数点以下切捨)	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

(診察医の証明)

- 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.
各月ごと、入院・入院以外ごとに、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)	患者氏名	Sex 性別	Age 年齢	Year 年	Month 月	Day 日
<i>Taro Sakata</i>		<input type="checkbox"/> Male				
2, Name of Disease (ICD)						
3, Date						
4, Days of Hospitalization						
5, Type of Admission						
<input type="checkbox"/> Inpatient						
<input type="checkbox"/> Home Visit						
<input checked="" type="checkbox"/> Day Outpatient ;	Fill in this item like 5/22, 5/28.					
入院外	(month/day)	<i>2/2/2020</i>		(1) days		

診察した医師による記入
 記入漏れ等の**加筆は医師に依頼**してください。
 署名医者以外の加筆は不備とし、返却します。
 原本に記入漏れが無いか確認してください
 備考・参考情報が必要な場合は、メモを貼るかFormA翻訳紙に記入

- Medical condition / Symptom / Nature and Condition of Illness or Injury 病名では無く、病状が分る症状の概要
stomach ache, diarrhea, dehydration
- Contents of prescription, surgery and any other treatments 処方、手術その他の処置の概要
Blood test, Infusion
- Was the treatment required as a result of an accidental injury?
治療は事故の傷害によるものですか? Yes No
- Are there any instructions for out-of-hospital, medicines or laboratory tests?
院外での処方や臨床検査の指示はありますか? Nothing Medicines Laboratory Tests
 X-ray Other :
- Name and Address of Attending Physician 担当医の氏名・住所

◆	Name;(Last,First)	<i>J TEEGER</i>	Title	<i>Dr.</i>
	氏名		資格	
	Office	<i>NETCARE MILPARK HOSPITAL</i>	Phone	<i>+27-11-480-5600</i>
	Address	<i>9 GUILD ROAD, PARKTOWN WEST, JOHANNESBURG 2193 e-mail: J. TEEGER@NMH.com</i>		
	住所			
Date	<i>2-Feb-2020</i>	Signature		
日付		Attending Physician 担当医		
	Reference Number of your Medical Report (if applicable)			
	診療録の番号	<i>20200202-020202</i>		

★ 上の全ての枠は埋まっていますか？ 記入モレがあると健保では受理できません。
この用紙に日本語以外の言語や文字を含む場合は、日本語の翻訳が必要です！

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.
この様式は担当医又は病院の事務長が書き、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.
毎月ごと、入院・入院以外ごとに、この様式1枚が必要です。

FormB

Itemized Receipt
領収明細書

Name of Patient (Last,First) 患者名 <i>Taro Sakata</i>	Sex 性別 <input type="checkbox"/>	Date 生年月日
--	------------------------------------	-----------

1, Fee for Initial Consultation

診察した医師もしくは病院事務長による記入
 記入漏れ等の加筆は署名者に依頼してください。
 署名者以外の加筆は不備とし、返却します。
 原本に記入漏れが無いか確認してください
 備考・参考情報が必要な場合は、メモを貼るかFormB翻訳紙に記入

11, Please fill in the name and the amount of the prescription of an individual medicine.

12, Surgical Dressing	包帯費	_____
13, Anaesthetics	麻酔費	_____
14, Operating Room Charge	手術室費	_____
15, Others(Specify)	その他(項目明記) Please fill in the content of the laboratory tests.	_____
16, Document preparation fee	文書作成料	<u>50.00</u>
17, Tax (VAT,GST,ST,etc)	消費税 <u>0</u> %	_____ or _____ Including above
18, Total	合計 Unit is <u>ZAR</u> (通貨単位)	<u>1000.00</u>


Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e., payment for a luxurious room charge.
注意: 高級室料等、治療に直接関係の無いものは除いてください。

◆ 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

Post Physician Superintendent of a Hospital/Clinic or Chief Accounting Officer

Name(Last,First) *K. KASKAR* Title *Chief manager*
名前(氏名) 称号

Address(Office) *9 GUILD ROAD, PARKTOWN WEST, JOHANNESBURG 2193* Phone *+27-11-480-5600*
住所(病院) 電話

Date *2-Feb-20* Signature  e-mail *K. KASKAR@NMH.com*
日付(年月日)(day, month, year) 署名 メールアドレス

この用紙に日本語以外の言語や文字を含む場合は、日本語の翻訳が必要です！
不備・不足や署名者以外の筆跡が認められる場合は返却いたします

● 日本語への翻訳者 : 翻訳内容についてお問合せすることがありますので連絡先は必ず記入してください。

翻訳者住所 *Theaterstrasse 10, 7654 Zurich*

翻訳日 : 2020年3月3日

医師による証明 (FormA) を以下の通り翻訳しました。
この内容に相違ありません。

翻訳者氏名 阪田太郎

翻訳者 TEL : _____

連絡先 e-mail: T.sakata@mail.com

★ 下の全ての枠は埋まっていますか? はい / いいえ : 記入モレがあると健保では受理できません。

FormA 翻訳

Attending Physician's Statement
診療内容明細書

1, Name of Patient (Last, First) 患者氏名 Sex 性別 Age 年齢 Birth Date 生年月日

阪田太郎 Male Female _____

2, Name of Institution (Hospital, Clinic, etc.) _____

3, Date of Admission _____

4, Day of Admission _____

5, Type of Admission

Inpatient (month/day, year) _____ () days

Outpatient (month/day, year) _____ () days

Date of Outpatient ; Please fill in this item like 5/22, 5/21 2/2/2020 (1) days

診察した医師が記入した「Certificate by doctor」"FormA" に
日本語以外の言語を含む場合は、日本語に翻訳
(翻訳者の署名捺印が必要)
翻訳の際には原本に記入漏れが無いか確認してください。
備考・参考情報が必要な場合は、メモを貼るかこのFormA翻訳紙に記入

6, Medical condition / Symptom / Nature and Condition of Illness or Injury 病名では無く、病状が分る症状の概要
stomach ache, diarrhea, dehydration

7, Contents of prescription, surgery and any other treatments 処方、手術その他の処置の概要
Blood test, Infusion

8, Was the treatment required as a result of an accidental injury?
治療は事故の傷害によるものですか? Yes No

9, Are there any instructions for out-of-hospital, medicines or laboratory tests?
院外での処方や臨床検査の指示はありますか? Nothing Medicines Laboratory Tests
 X-ray Other :

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 または
アルファベットで読み易く転記して下さい (スタンプ等の場合は不要)

FormAの記入がスタ
ンプで鮮明に読め
る場合、この欄の
翻訳は不要。

Name; (Last, First) J TEEGER Title Dr.
氏名 資格

Office NETCARE MILPARK HOSPITAL Phone +27-11-480-5600
病院

Address 9 GUILD ROAD, PARKTOWN WEST, JOHANNESBURG 2193 e-mail: J. TEEGER@NMH.com
住所

Date 2-Feb-2020 Signature _____ X
日付 参照番号 (if applicable) 担当医
診療録の番号 20200202-020202

★ 上の全ての枠は埋まっていますか? 記入モレがあると健保では受理できません。
この用紙に日本語以外の言語や文字を含む場合は、差し戻の対象となる可能性があります。

日本語への翻訳者 : 翻訳内容についてお問合せすることがありますので連絡先は必ず記入してください。

翻訳日 : 2020年3月3日 翻訳者住所 Theaterstrasse 10, 7664 Zurich

医師等による証明 (FormB) を以下の通り翻訳しました。この内容に相違ありません。 翻訳者氏名 阪田太郎

TEL : _____
連絡先 e-mail: T. sakata@mail.com

★ 下の枠内と太線は埋まっていますか? はい / いいえ : 受理できません。

FormB 翻訳

Itemized Receipt
領収明細書

Name of Patient (Last,First) 患者名 <u>阪田 太郎</u>	Sex 性別 <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Date 生年月日 _____
--	---	--------------------

1, Fee for Initial Office Visit _____

診察した医師または事務長が記入した「Certificate by doctor」"FormB" に日本語以外の言語を含む場合は、日本語に翻訳 (翻訳者の署名捺印が必要)

翻訳の際には原本に記入漏れが無いか確認してください。

備考・参考情報が必要な場合は、メモを貼るかこのFormB翻訳紙に記入

11, Medication Fee 医薬費 Please fill in the name and the amount of the prescription of an individual medicine.

_____	_____
_____	_____
_____	_____

12, Surgical Dressing 包帯費 _____

13, Anaesthetics 麻酔費 _____

14, Operating Room Charge 手術室費 _____

15, Others(Specify) その他 (項目明記) Please fill in the content of the laboratory tests.

16, Document preparation fee 文書作成料 50.00

17, Tax (VAT,GST,ST,etc) 消費税 0 % _____ or _____ Including above

18, Total 合計 Unit is ZAR 1000.00
(通貨単位)

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e., payment for a luxurious room charge.
注意: 高級室料等、治療に直接関係の無いものは除いてください。

FormBの記入ががスタンプで、鮮明に読める場合、この欄の翻訳は不要。

Name of Attending Physician/Supervisor 主治医師/事務長の名前及び住所 K. KASKAR Title 称号 Chief manager

Physician Superintendent of a Hospital (Clinic) or Chief Accounting Officer

Address (Office) 住所 (病院) 9 GUILD ROAD, PARKTOWN WEST, JOHANNESBURG 2193 Phone 電話 +27-11-480-5600

Date 日付 (年月日) (day, month, year) 2-Feb-2020 Signature 署名 X e-mail メールアドレス K. KASKAR@NMH.com

この用紙に日本語以外の言語や文字を含む場合は、日本語の翻訳が必要です！
不備・不足や署名者以外の筆跡が認められる場合は返却いたします