

| | | | | | |
|-------|-------|------|-----|-----|-----|
| 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 者 | 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 出張先； 3. 私的滞在；療養のため・留学等・旅行・その他 | | |
| | 社員No. | | | 海外旅行保険 有・無 | 現地保険 有・無 | 会社の保険 有・無 | 受診者の 居住国 |
| | 受診者氏名 | | | 生年月日 受診月年齢 | 年 月 日 歳 | | 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 |
| | 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⇒ | | | 第三者行為で 他者や他者の管理するものが関与 | | ある・ない |
| | 傷病発症場所 | 業務中・通退勤途上・自宅・その他： | | | 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。 | | | | 診断を受けた年月： 年 月 頃 受診頻度： 月に 回 日常生活における医師の指示： | | |
| | 受診した医療機関と 診察した医師の 住所・氏名・連絡先等 | | | | | | |
| | 診療・治療の内容を 具体的に詳しく | | | | | | |
| | 治療を受けた年月 (健保への申請は月毎) | 年 月 分 | 治療を 受けた日数 | 回 | 療養費 (通貨表示のこと) | | |
| 診療や治療を受けた日 (対象月内、全て記入) | | | | 備考 | | | |
| 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 | | | | | | | |

- 注意
- 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。
 - 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。
 - 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。
 - 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。
 - 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)
 - 記入漏れ、添付書類の不備不足等の申請は受けできません。**
 - 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 | 適用日 | 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 | | | | |

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

• Starting date of medication Year _____ Month _____ Day _____

• Patient (Name of patient) _____
(Address) _____
(Date of birth) Year _____ Month _____ Day _____

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.

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。

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.

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。

(Signature) _____
(Address) _____
(Date) Year _____ Month _____ Day _____

(Relation to the insured) : Self • Guardian • Heir • Other _____
(患者との関係) : 本人 • 親権者 • 法定相続人 • その他 [_____]

※ This agreement of authorization expires 6 month after the signed date. Copy is also valid.
※ 本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。コピーも有効です。

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

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。

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

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

| | | | |
|--------------------|--|--|--|
| | <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female | | |
| (day, month, year) | | | |
- Name of Illness and 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

| |
|-------------|
| (ICD No.) |
|-------------|
- Date of First Diagnosis ; 初診日

| |
|--------------------|
| |
| (day, month, year) |
- Days of Diagnosis and Treatment. 診療日数

| |
|----------------------|
| |
| days (visit or stay) |
- Type of Treatment. 治療の分類 **★この種類ごとに申請書を作成のこと**

| | | | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|------|--|----|--|----------|
| <input type="checkbox"/> | Hospitalization ; 入院 | From | | To | | () days |
| (day, month, year) (day, month, year) | | | | | | |
| Fill in this item like 5/20 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | House Call / Home Visit ; 往診・家庭訪問 | | | | | () days |
| Fill in this item like 5/22, 5/28. | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Date of Outpatient ; 入院外 | | | | | () days |
| (month/day) (month/day) | | | | | | |
- Medical condition / Symptom / Nature and Condition of Illness or Injury 病名ではなく、病状が分る症状の概要

| |
|--|
| |
|--|
- Contents of prescription, surgery and any other treatments 処方、手術その他の処置の概要

| |
|--|
| |
|--|
- 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?

| | |
|--|--|
| | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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?

| | |
|--|--|
| | <input type="checkbox"/> Nothing <input type="checkbox"/> Medicines <input type="checkbox"/> Laboratory Tests <input type="checkbox"/> X-ray <input type="checkbox"/> Other : |
|--|--|

10, Name and Address of Attending Physician 担当医の氏名・住所

| | | |
|------------|---|-------------|
| ◆ | Name;(Last,First) 氏名 | Title 資格 |
| | Office 病院 | Phone |
| | Address 住所 | e-mail: |
| Date 日付 | Signature | |
| | Reference Number of your Medical Report (if applicable) 診療録の番号 | |
| | Attending Physician 担当医 | |

★ 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 | Sex | 性別 | Date of Birth (d/m/y) | 生年月日 |
| | | <input type="checkbox"/> | Male | | |
| | | <input type="checkbox"/> | Female | | |

- | | | |
|------------------------------------|-------------|---|
| 1, Fee for Initial Office Visit | 初診料 | _____ |
| 2, Fee for Follow-up Office Visit | 再診療 | _____ |
| 3, Fee for Home Visit / House Call | 往診療 | _____ |
| 4, Fee for Hospital Service | 病院管理費 | _____ |
| 5, Hospitalization | 入院費 | _____ |
| 6, Consultation | 診察費 | _____ |
| 7, Operation | 手術費 | _____ |
| 8, Professional Nursing | 職業看護婦費 | _____ |
| 9, X-Ray Examinations | X線検査費 | _____ |
| 10, Laboratory Tests | 諸検査費 | Please fill in the content of the laboratory tests. |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| 11, Medicines | 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 | _____ |
| 17, Tax (VAT,GST,ST,etc) | 消費税 _____ % | _____ or _____ Including above |
| 18, 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: 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 | <input type="checkbox"/> Physician <input type="checkbox"/> Superintendent of a Hospital(Clinic) or Chief Accounting Officer |
| Name(Last,First) | Title |
| 名前(氏名) | 称号 |
| Address(Office) | Phone |
| 住所(病院) | 電話 |
| Date | Signature |
| 日付(年月日)(day, month, year) | 署名 |
| | e-mail |
| | 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 _____

翻訳日 : _____ 年 _____ 月 _____ 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 _____

翻訳者 TEL : _____

連絡先 _____

e-mail: _____

★ 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

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

| | | | |
|--|--|-----|--------------------|
| | Sex 性別 | Age | Date of Birth 生年月日 |
| | <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female | | (day, month, year) |
- Name of Illness and 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

(ICD No. _____)
- Date of First Diagnosis ; 初診日 _____
(day, month, year)
- Days of Diagnosis and Treatment. 診療日数 _____ days (visit or stay)
- Type of Treatment. 治療の分類 **★この種類ごとに申請書を作成のこと**

| | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> Hospitalization ; 入院 | From _____ (day, month, year) | To _____ (day, month, year) | () days |
| Please fill in this item like 5/20 | | | |
| <input type="checkbox"/> House Call / Home Visit ; 往診・家庭訪問 | (month/day) | | () days |
| Please fill in this item like 5/22, 5/2t | | | |
| <input type="checkbox"/> Date of Outpatient ; 入院外 | (month/day) | | () days |
- Medical condition / Symptom / Nature and Condition of Illness or Injury 病名ではなく、病状が分る症状の概要

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

- 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 :

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)

| | | |
|---|----------------------|-----------|
| <p style="color: red; font-weight: bold;">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。</p> | Name;(Last,First) 氏名 | Title 資格 |
| | Office 病院 | Phone |
| | Address 住所 | e-mail: |
| | Date 日付 | Signature |
| Reference Number of your Medical Report (if applicable) 診療録の番号 | | |

●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： 年 月 日 翻訳者住所

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

TEL :

連絡先

★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。 e-mail:

FormB 翻訳

Itemized Receipt
領収明細書

| | | | | | |
|------------------------------|-----|--------------------------|--------|-----------------------|------|
| Name of Patient (Last,First) | 患者名 | Sex | 性別 | Date of Birth (d/m/y) | 生年月日 |
| | | <input type="checkbox"/> | Male | | |
| | | <input type="checkbox"/> | Female | | |

- 1, Fee for Initial Office Visit 初診料 _____
- 2, Fee for Follow-up Office Visit 再診療 _____
- 3, Fee for Home Visit / House Call 往診療 _____
- 4, Fee for Hospital Service 病院管理費 _____
- 5, Hospitalization 入院費 _____
- 6, Consultation 診察費 _____
- 7, Operation 手術費 _____
- 8, Professional Nursing 職業看護婦費 _____
- 9, X-Ray Examinations X線検査費 _____
- 10, Laboratory Tests 諸検査費 Please fill in the content of the laboratory tests.

11, Medicines 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 _____
- 17, Tax (VAT,GST,ST,etc) 消費税 _____ % _____ or _____ Including above
- 18, 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：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。

| | | |
|---|--|---|
| <p>FormB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。</p> | <p>Name of Attending Physician/Supervisor 主治医師/部長の名前及び住所</p> | <p>★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)</p> |
| | <p><input type="checkbox"/> Physician</p> | <p><input type="checkbox"/> Superintendent of a Hospital (Clinic) or Chief Accounting Officer</p> |
| 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 |

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

申請に必要な添付書類や申請時の注意事項

窓口で受領された「領収明細書」等の**原本**を添付して下さい。（**明細の確認できる領収書**）
レシートなど、受診者情報（氏名など）の記載されていないものは「領収明細書」とみなしません。

添付いただく、領収明細書については以下の点をご注意ください。

特に★印については、領収書にマーカーするなど明確化をお願いします。

- ◎ 原本性が確保できている
- 発行日が明記されている
- ★ 受診者氏名が明記されている
- ★ 受診日を特定し確認ができる
- ★ 領収者（医療機関）が明記されている
- ★ 領収総額が明記されている（デポジットは精算後のみ適用）
- 領収額の内訳が記入されている

添付の証明書類や領収明細書についてお問合せやお願いをすることがあります。

お問合せやお願いの例

- ・ 邦訳
FormA・Bは、一部でも日本語以外で記載されている場合、FormA・B翻訳が必要です
また、領収証の原本についても翻訳をお願いする場合があります。
- ・ パッケージ料金やセット料金、その他、となっているものの内容
ほぼ確実にお問合せいたします。FormB翻訳で付記いただけると幸いです。

健保では療養費の対象となりません。事業主とご相談ください。

健康保険の適用と認められていない療養

予防医療や症状の見られない場合の療養

緊急性のない療養・やむを得ないことが確認できない療養

法82条に準じない場合

健保では受付ができません。

申請書類一式に、記入モレ等の不備・不足がある。（分からない場合は「不明」と記入）

経緯、経過などの状況説明が不十分で「やむを得ない」事情を判断できない。

原本性が確保できていない。

適切な者により証明がなされていない。（FormAは担当医師、FormBは医師または事務長）

FormA・FormBが同一人の署名ながら複数の筆跡、または筆跡が異なる。