**健康保険海外療養費支給申請書ご提出の皆さまへ**

**申請につきまして下記の点にご注意頂き、ご協力をお願いします。**

1. 入院、入院外（通院）、歯科等、医療機関別に各月ごと(1日から月末まで)に 1枚ずつ証明書が必要となります。
2. 手続きに必要な書類は、「健康保険（被保険者・被扶養者）海外療養費支給申請書」と様式A（歯科の場合はC）・Bです。担当の医師に証明してもらってください。併せて、領収書があればご提出をお願いいたします。
3. 様式Aの２・６・７、様式Bの(10)、(11)、(15)、様式Cの患歯部位等については翻訳をし、翻訳者の住所・氏名・電話番号を書いてください。
4. 「健康保険（被保険者・被扶養者）海外療養費支給申請書」の①～⑲と署名欄の記入をご確認の上、健保に直接ではなく事業所担当者にご提出下さい。なお、給付金は事業所を経由して支給しますのでご了承ください。
5. 海外療養費の支給額は、日本国内の健康保険の治療費（健康保険適用範囲内）を基準として算定された額（実際に現地で支払った金額の方が算定された額より低いときはその実費額）から、一部負担金を控除した額を給付します。なお、支給額算定に用いる邦貨換算率は、健康保険組合がその支給を決定した日の外国為替換算率（売りレート）を使用します。
6. 海外療養費に関する健康保険法の定めがありますので(会計年度、請求期限等)、毎月の診療が終了した時点で遅滞なく速やかに申請の手続きをお願いします。
7. 健康保険法により不支給となることがありますのでご注意下さい。

ご不明な点がありましたらアルバック健康保険組合までお問い合わせ下さい。

TEL:0467-89-2228

**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 health insurance benefit.

この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。

1. This form should be completed and signed by the attending physician.

この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。

1. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient(home visit)should be filled out.

　　各月ごと、また入院・入院外ごとにつき、この様式1枚が必要です。

**Form A 　　　　　　　　　　　Attending Physician’s Statement**

**様式Ａ**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**診 療 内 容 明 細 書**

1. Name of Patient(Last,First)　　　　　　　　　Age(Date of birth) 　 Sex(Male・Female)

患者名 　　　 　年齢（生年月日） . . 　 性別（男・女）

1. Name of Illness for the use of Social Insurance.

傷病名

1. Date of first Diagnosis . .

初　診　日

1. Days of Diagnosis and Treatment days

診　療　日　数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日間

1. Type of Treatment

治　療　の　分　類

　　□ Hospitalization　Form 　 / / to / / ( 　　days)

　　　 入　院 自　　　　　　　　　　　　　　　 至 (　　　　日間)

□ Outpatient or Home Visit　 / / ・ / /

　　　 入　院 外　　　　 / / ・ / /

1. Nature and Condition of Illness or Injury(in brief)

　症状の概要

1. Prescription, Operation and any other Treatments(in brief)

処方、手術その他の処置の概要

1. 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。　　　　　　　　　　　　　　　　　　 はい　　　　いいえ

1. Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending Physician : Fill in Form B

医療機関、または担当医に支払った医療費の内訳　　　　　　　　: 様式Ｂによる

10. Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

　　　 Name（名前）　 ：Last(姓)　　　　　　　　 　　 First(名)　　　　　　　　　　 Title(称号)

　　　 Address（住所） ：Office(病院または診療所) Phone

　　　 Date（日付） ： . . Signature(署名)

■邦訳（A）

2. 傷病名

6.症状の概要

7.処方、手術その他の処置の概要

翻訳者

住所

氏名

電話

**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 health insurance benefit.

この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。

1. This form should be completed and signed by the attending physician.

この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。

1. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient(home visit)should be filled out.

　　 各月ごと、また入院・入院外ごとにつき、この様式1枚が必要です。

**Form B 　　　　　　　　　　　　　　　Itemized Receipt**

**様式Ｂ 領 収 明 細 書**

(1) Fee for Initial Office Visit 　 初 診 料　　　　＄

(2) Fee for Follow-up Office Visit 再 診 料 ＄

(3) Fee for Home Visit 　 往 診 料　　　　 ＄

(4) Fee for Hospital Visit 　 入院管理料 ＄

(5) Hospitalization　 入 院 費　　 ＄

(6) Consultation　 診 察 費　 ＄

(7) Operation 手 術 費 　　　 ＄

(8) Professional Nursing　 職業看護師費 ＄

(9) X-Ray Examination 　 Ｘ線検査費 ＄

(10) Laboratory Tests\*　 諸検査費

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ＄　　　　　　　　　　　　\*Please fill in the content

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ＄　　　　　　　　　　　　 of the Laboratory Tests.

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ＄　　　　　　　　　　　　\*諸検査の内容を記入して

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ＄　　　　　　　　　　　　 下さい

(11) Medicines\*\*　 医 薬 費

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ＄　　　　　　　　　　　　\*\*Please fill in the name the

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ＄　 　　　　　　　　　 amount of the prescription

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ＄　　　　　　　　　　　 of an individual medicine.

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ＄　　　　　　　　　　　 \*\*処方した個々の薬の名称と

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ＄　　　　　　　　　　　 量を記入して下さい。

(12) Surgical Dressing 　 包 帯 費 ＄

(13) Anesthetics 　 麻 酔 費 ＄

(14) Operating ｒoom Charge 　 手術室費用 ＄

(15)The Others(Specify) 　 その他（項目明記）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ＄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ＄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ＄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ＄

(16) 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：特別室料等、治療に直接関係のないものは除いて下さい。

Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

Name（名前） ：Last(姓)　　　　　　　　 　　 First(名)　　　　　　　　　　 Title(称号)

Address（住所） ：Office(病院または診療所) Phone Date（日付） ： . . Signature(署名)

■邦訳（Ｂ）

(10)　諸検査費の内訳（諸検査の内容）

(11)　医薬費の内訳（薬の名称、量）

(15)　その他（特記事項）

翻訳者

住所

氏名

電話

**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 health insurance benefit.

この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。

1. This form should be completed and signed by the attending physician.

この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。

1. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient(home visit)should be filled out.

　　 各月ごと、また入院・入院外ごとにつき、この様式1枚が必要です。

**Form C Attending Dentist‘ｓ Statement**

**様式C** **歯 科 診 療 内 容 明 細 書**

Name of Patient(Last,First) Date of Birth Sex □M □Ｆ

患者名 生年月日　　　　　　.　　　　　.　　　　 　 性別（男 ・ 女）

Date of first Diagnosis　　　　　　　　　　　　　　 Date of Diagnosis Treatment

初診日　　　　　　.　　　　　.　　　　　 診療日数 days

|  |  |
| --- | --- |
| R Permanent Tooth永久歯 L  　(Upper)  ８ ７ ６ ５ ４ ３ ２ １ １ ２ ３ ４ ５ ６ ７ ８ | R Milky Tooth 乳歯 　L  (Upper)  e d c b a a b c d e |
| ８ ７ ６ ５ ４ ３ ２ １ １ ２ ３ ４ ５ ６ ７ ８  (Lower) | e d c b a a b c d e  (Lower) |

Type of Treatment　治療の分類

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Service(診療内容） | Localization of Teeth Examined （患歯部位） | Material（材料） | Fee（治療費） |
| 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  Partial Denture 局部義歯  Complete Denture 総義歯 |  |  |  |
| Treatment of Pyorrhea Alveolaris  歯槽膿漏処置 |  |  |  |
| Medicine 投薬 |  |  |  |
| The Others その他 |  |  |  |
| Total 合計 | | |  |

Name and Address of Attending Physician　担当医の名前及び住所

Name（名前） ：Last(姓)　　　　　　　　 　　 　 First(名)　　　　　　　　　　 　Title(称号)

Address（住所） ：Office(病院または診療所) Phone Date（日付） ： . . Signature(署名)

■邦訳（C）

|  |  |
| --- | --- |
| R Permanent Tooth永久歯 L  　(Upper)  ８ ７ ６ ５ ４ ３ ２ １ １ ２ ３ ４ ５ ６ ７ ８ | R Milky Tooth 乳歯 　L  (Upper)  e d c b a a b c d e |
| ８ ７ ６ ５ ４ ３ ２ １ １ ２ ３ ４ ５ ６ ７ ８  (Lower) | e d c b a a b c d e  (Lower) |

治療の分類

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Service（診療内容） | Localization of Teeth Examined （患歯部位） | Material（材料） | Fee（治療費） |
| 初診料 |  |  |  |
| レントゲン検査 |  |  |  |
| 抜髄 |  |  |  |
| 手術 |  |  |  |
| 抜歯 |  |  |  |
| 充填 |  |  |  |
| インレー |  |  |  |
| 金属冠 |  |  |  |
| 継続歯 |  |  |  |
| ジャケット冠 |  |  |  |
| ブリッジ |  |  |  |
| 有床義歯  局部義歯  総義歯 |  |  |  |
| 歯槽膿漏処置 |  |  |  |
| 投薬 |  |  |  |
| その他 |  |  |  |
| 合計 | | |  |

翻訳者

住所

氏名

電話

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 在職中の方 | **―→** | 事業所（勤務先）の健保業務担当部門  〔総務・人事等〕 | | **―→** | 健保組合 | **→** | 事業所へ振込 | **→** | 本人の  口座へ  振 込 |
|  | | | | |  | | |
| 退職された方（任意継続） | | | **――――――――――→** | | **―――――――――→** | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付年月日 | 年　　　　月　　　　日 |  | 支 給 支 払 決 議 書 | | | | |
| 伺年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 決裁年月日 | 年　　　　月　　　　日 |  |  | |  |  |
| 支給額 | 円 |  |  | |  |  |
|
|  | |
| 支給期間 | 自　　　　　年　　　　月　　　日  至　　　　　年　　　　月　　　日  日間 | 資格取得 | | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 資格喪失 | | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 支払年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | |

**健康保険（被保険者・被扶養者）海外療養費支給申請書（第　　回目）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者（申請者）が記入するところ | ①被保険者証  記号・番号 | ― | | | | ②被保険者（申請者）氏名 | | | | | | |  | | | | |
| ③被保険者住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ④生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | ⑤事業所名称 | | | |  | | | | | | |
| 療養が被扶養者（家族）に関するとき | ⑥受診者氏名 | |  | | | | | | ⑦生年月日 | | | | 年　　　月　　　日 | | | |
| ⑧傷病名 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑨発病又は負傷年月日 | | 年　　　　月　　　　日頃 | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑩発病又は負傷の原因 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑪症状の概要 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑫第三者（相手）行為による傷病ですか | | | | □はい  □いいえ | | | ⑬業務上または通勤途上での傷病ですか | | | | | | | | | □はい  □いいえ |
| ⑭診療を受けた病院等 | | 名称 | | | | | | | | | 医師名 | | |  | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑮診療の期間 | | 自　　　　　年　　　　月　　　　日  至　　　　　年　　　　月　　　　日  日間 | | | | | | ⑯入院・入院外の別 | | | | | | | □入院  □入院外 | |
| ⑰診療の内容 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑱療養に対する病院等への支払額 | | 通貨（　　　　　）　金額（　　　　　　　　　　）　国名(　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑲海外に滞在していた理由 | | 1．海外出向中　　　２．海外出張中　　　３．海外旅行中　　　４．海外留学中  5. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記の通り請求します。ただし給付金の受領を下記の受取代理人に委任します。  　　　年　　　月　　　日  被保険者　　住所  （申請者） 　氏名  受付印 | | | | | | | | | | | | | | | | |

（事業所記入欄）

|  |  |
| --- | --- |
| 受取代理人の欄 | 代理人の住所  代理人の氏名 |

※資格喪失後の請求の場合は請求者に直接送金するため、該当の場合は健保までご連絡ください。

**調査に関わる同意書**

**Agreement of Authorization**

私（療養を受けた者）、　　　　　　　　　　　　 は、アルバック健康保険組合の職員又はアルバック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、パスポートをアルバック健康保険組合に提示することも併せて同意します。

I (patient who has received treatment) authorize ULVAC health insurance society 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.

署名欄（Sigunature）

署名は、治療を受けた本人が行ってください。なお、次の場合は親権者（本人が未成年の場合）、法定相続人（本人が死亡している場合）が署名してください。

If you agree the above condition fill out the underline information. Signature must be done by the patient who received the treatment. However, in the following case, guardian(if patient is under 20 years old) , heir at law (if patient is dead)shall write the signature.

住所（Address）：

氏名（Signature）：

生年月日（Date of birth）：　　　　　　　年（Year）　 　月（Month）　　　 日（Day）

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

（Relation with the patient）：oneself　guardian heir other(　　 )