健保使用欄	支給決定額	円	支給割合	割	承認	確認	担当	受付
	法定給付	円	①立替払い等	(外)				
	付加給付	円						
	支給決定日	令和 年 月 日	期間	自: 令和 年 月 日				
	支払日	令和 年 月 日		至: 令和 年 月 日				

令和6年4月に受けた診察費用を請求するとき、「令和6年4月」と書きます。複数月にまたがる請求は、月ごとに1枚必要。入院/外来については同月でもそれぞれ1枚必要。

療養費支給申請書 (本人・家族)

令和 6 年 4 月分

(立替払い・海外療養費)

注意事項

- 申請時は、個人ごと・医療機関ごと・暦月ごと・入院外来の別で、それぞれの用紙に記入をしてください。(修正液等の訂正は、認めません)
- 記載した数字等を訂正する場合、訂正箇所を二重線を引き、訂正印を押印すること。(支給決定額を支払う際に使用致します)
- 振込先(⑭)は、必ず記入すること。(支給決定額を支払う際に使用致します)
- 提出された申請書及び添付書類については、返却・写しの送付等は一切致しません。(書類不備の場合を除く)

メイテック健康保険組合 理事長 職

下記のとおり、申請

提出日 2024年 4月 17日

被保険者氏名 健保 太郎 (健印)

⑥欄に該当する療養を受けた者が被保険者の時は、本人被扶養者の時は、家族に○をつける

【被保険者の記入欄】

被保険者等記号・番号、又は被保険者のマイナンバーのいずれかを記入下さい。

①-1 被保険者等記号・番号	4 8 - 5 4 3 2 1	①-2 被保険者のマイナンバー	
② 事業所の名称	(株)メイテック	所属部署	〇〇EC
③ 被保険者の氏名	健保 太郎	④ 被保険者の生年月日・年齢	昭和 45 年 6 月 10 日 (53 歳) 平成
⑤ 被保険者の住所	(〒 2xx - xxxx) 神奈川県横浜市〇〇区△△町1-8	⑥ 療養を受けた者の氏名・続柄	健保 太郎 (本人)
		⑦ 療養を受けた者の生年月日・年齢	昭和 45 年 6 月 10 日 (53 歳) 令和
⑧ 渡航国名	アメリカ合衆国	⑨ 渡航目的	私用中(観光を目的とした家族旅行)
⑩ 渡航期間	自: 令和 6 年 3 月 25 日		至: 令和 6 年 4 月 9 日
⑪ 傷病名	急性虫垂炎	⑫ 業務上の負傷ですか	はい・いいえ
		⑬ 第三者の行為によるものですか	はい・いいえ
⑭ 発病又は負傷原因及びその経過	(いつ) 平成(令和) 6 年 4 月 1 日 (月曜日) 午前(午後) 11 時頃 (どこで) 海外旅行先の宿泊先ホテルにて (何をしていた) 就寝前より腹部に痛烈な痛みが発生。腹痛と吐気がひどく、4/1に病院受診。	⑯ 治療を受けた医療機関・医師名等	名称 ビバリーヒルズ病院 所在地 1234 Wilshire Boulevard Beverly Hills, California, 90210, 1,180 USDル
⑰ 治療の期間(支給期間)	自: 令和 6 年 4 月 1 日 至: 令和 6 年 4 月 5 日	実日数 5 日	入院外来の別 入院していた 入院の場合(左記⑰で、入院の期間) 自: 令和 6 年 4 月 1 日 外来(入院外) 至: 令和 6 年 4 月 5 日 5 日間
⑱ 処方、手術その他の処置の概要(⑥療養を受けた者が、分かる範囲で記入)	医師より説明を受けた「症状」、「治療内容・処方された薬の名称・検査や手術の有無」、診療後の過ごし方として指導されたこと等(詳しく) 急性虫垂炎との診断を受け、初診時の症状がひどく、そのまま入院となり緊急手術を受ける。虫垂を切除し、経過観察のため入院する。退院後は、暴飲暴食や疲労を伴う行動は慎み、規則正しい生活を遵守するよう指導を受けた。		
⑲ 振込先(選択)	銀行振込	〇〇〇〇 銀行 △△△ 支店 支店番号 1 2 3	口座名義(カナ) ケンポ タロウ
	ゆうちょ振込	預金種別 (普通) 口座番号 1 2 3 4 5 6 7	口座名義(漢字) 健保 太郎
代理受取人の欄	振込先を希望する場合は、必ず下記受取代理人欄に記入・捺印のこと(同一筆跡・印影は不可)	申請者の住所・電話	代理人の住所・電話

銀行振込またはゆうちょ振込を選択し記入して下さい。被保険者本人以外の口座に振込みを希望する場合、『代理受取人の欄』の各項目へ必要事項を記入して下さい。

【連絡事項】

- 国内より高度な治療、良い環境下で療養したいから等の「治療を目的」として海外で診療を受けた場合は、支給対象外となります。
- 請求者が海外にいる間に、この療養費の請求をする場合は、事業主を経由して行い、その受領を国内の事業主か、家族等に委任してください。

【添付書類】 給付の申請時には本申請書に加えて、下記の添付書類(原本)が必要です。

- ・「診療内容明細書(Attending Physician's Statement)」及び「領収明細書(Itemized Receipt)」を受診した病院のドクターに記入を受けてください。
- ・「診療内容明細書(Attending Physician's Statement)」及び「領収明細書(Itemized Receipt)」を日本語以外の言語で記入を受けた場合は、翻訳文を準備すること。
- ① 渡航期間がわかるパスポートの写し(氏名・顔写真のページ、日本国及び滞在先の入出国の押印があるページ)
- ② 調査に関わる同意書 ③ 診療に要した費用の領収書 ④ 「診療内容明細書(Attending Physician's Statement)」
- ⑤ 「領収明細書(Itemized Receipt)」 ⑥ 翻訳文

◆本書に記入していただいた個人情報については、当健保のプライバシーポリシーに基づき適切に取り扱い、目的外には利用しません。

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。

Form A

Attending Physician's Statement

様式 A

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)

Sex (Male / Female)

性別 (男 / 女)

2. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for use of Social Insurance (Please refer to the table attached to this form).

海外での診療を受けた

(No.)

3. Date of first Diagnosis:

20

初診

4. Day of Diagnosis and Treatment:

days

診療日数

日間

5. Type of Treatment:

治療の分類

Hospitalization

From

to

20

days)

入院

自

至

20

日間

Outpatient or Home Visit

From

to

20

,

20

,

20

入院外

自

至

20

,

20

,

20

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

症状の概要

1枚ずつ書類に記入を受けます

7. Prescription, operation and any other treatments (in brief)

処方、手術その他の処置の概要

注意！

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したか。

Yes

No

はい

いいえ

9. Itemized Amounts paid to Hospital & or Attending physician : Please fill in

項目別治療実費

様式Bによる

Form B

10. Name and Address of Attending physician

担当医の名前及び住所

Name 名:

Last 姓

First 名

Title 称号

Address 住所:

Office 病院又は診療所

Phone 電話

Date 日付:

Signature 署名:

Attending physician 担当医

Reference Number of your Medical Report (if applicable)

診療所での診療記録番号

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。
4. Please fill in the description of service other than listed items.
※16.その他の項目には、1～15に該当しない診療内容を記入して下さい。

Form B

Itemized Receipt

様式 B

領収明細書

Description	Unit	Amount
(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	職業看護職費	
(9) Radiology	画像診断	
☐ X-Ray Examination (X線検査)		
☐ Ultrasound (超音波検査)		
☐ Nuclear Scan (核医学診断)		
(10) Laboratory Tests	諸検査費	
(11) Medicine	医薬費	
(12) Surgical Dressing	包帯費	
(13) Anaesthetics	麻酔費	
☐ Local (局部) ☐ Spinal (脊椎) ☐ General (全身)		
(14) Operating Room Charge	手術室費用	
(15) Physiotherapy	理学療法	
(16) Others (Specify)	その他(項目明記)	
Total Fee	合計	

担当医あるいは

医療機関（病院事務長等）に

記入を受けます

《受診月ごと、入院・外来の別ごと、

医科・歯科の別、

受診者ごとに分けて

1枚ずつ書類に記入を受けます》

《 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ないものは除いて下さい。

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

Name 名前: Last 姓 First 名 Title 称号

Address 住所: Office 病院又は診療所 Phone 電話

Date 日付: Signature 署名:

海外療養費 日本語翻訳

Form A 様式A 「診療内容明細書(Attending Phycian's Statement)」を訳したもの

2. 傷病名 (及び社会保険用国際疾病分類番号)

6. 症状の概要

7. 処方、手術、その他処置の概要

診療内容明細書 (Attending Phycian's Staemnt) および 領収明細書 (Itemized Receipt) を 日本語翻訳すること

《受診月ごと、入院・外来の別ごと、医科・歯科の別、

Form B 様式B 「領収明細書 (Itemized Receipt)」を訳したもの

16. その他 (項目明記)

「一枚の日本語翻訳が必要です」

翻訳者 (被保険者ご本人でも可)

住所

氏名

電話番号

印

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

・治療開始日 2024 年 4 月 1 日
・Starting date of medication Year 2024 Month 4 Day 1

・患者
(患者名) 健保 太郎
(住所) 〒2xx-xxxx 神奈川県横浜市〇〇区△△町1-8
(生年月日) 1970 年 6 月 10 日

・Patient
(Name of patient) Tarou Kenpo
(Address) 1-8 △△cho, 〇〇-ku, Yokohama-shi, Kanagawa-ken, 2xx-xxxx, Japan
(Date of birth) Year 1970 Month 6 Day 10

メイテック健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、**健保 太郎** は、メイテック健康保険組合の職員又はメイテ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、パスポートをメイテック健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To:Meitec health insurance society

I (patient who has received treatment) authorize Meitec health insurance society or its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas staff, and its 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) 健保 太郎 健保印
(住所) 〒2xx-xxxx 神奈川県横浜市〇〇区△△町1-8
(日付) 2024 年 4 月 17 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12ヵ月間です。

(Signature) Tarou Kenpo
(Address) 1-8 △△cho, 〇〇-ku, Yokohama-shi, Kanagawa-ken, 2xx-xxxx, Japan
(Date) Year 2024 Month 4 Day 17
(Relation to the insured) : Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other

※ This agreement of authorization expires 12 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.