

健康保険 被保険者・被扶養者 療養費支給申請書

被 保 険 者 申 請 者 の 記 入 欄	被保険者等 記号・番号	(記号) _____ (番号) _____	事業所名				
	被保険者の氏名		被保険者の 生年月日	昭和 平成	年	月	日
	被保険者の住所	〒 _____ TEL _____ (_____)					
	傷病名		発病又は負傷 年月日		年	月	日
	発病又は負傷の原因			傷病の経過			
	診療又は手当を受けた医師・ 歯科医師等住所氏名	名称			医師名		
		所在地					
	診療又は手当の内容						
	コルセット等装具装着年月日		年	月	日	装着	
	診療又は手当の期間	年	月	日から	日間	診療又は手当に要した 費用の額	金
	年	月	日まで				
保険診療を受けることが できなかった理由							
傷病が第三者の行為によ るものであるときはその事 実、及び第三者の住所氏 名							
申請が被扶養者に関する ものであるときはその氏名			生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日

口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合は「受取代理人の欄」の記入が必要です。

振 込 口 座	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義
		(フリガナ)	普通 当座 その他(_____)		(フリガナ)

給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者(申請者)名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。			委任者との関係(_____)		受付年月日 /
	年 月 日					
	被 保 険 者 (申 請 者)	住所	代理人	住所	電話 (_____)	
	氏名		氏名			

※裏面の注意事項を参照のうえ、申請する際は添付書類を忘れないようにして下さい。

海外療養費について

海外で、病気やけがにより、やむを得ず現地の医療機関を受診された場合は、その治療費について療養費（海外療養費）として払い戻しが受けられます。

支給対象となるのは、日本国内で診療を受けた場合に健康保険の適用が受けられる治療に限られ、治療目的で海外へ渡航した場合などは支給対象外となります。

申請に必要な書類

医科の場合	歯科の場合
①療養費支給申請書	①療養費支給申請書
②様式 A（診療内容明細書）	②歯科診療内容明細書
③様式 A の翻訳	③歯科領収明細書
④様式 B（領収明細書）	④領収書（原本）
⑤様式 B の翻訳	⑤旅券、航空券その他海外に渡航していた事実が確認できる書類の写し（パスポートなど）
⑥領収書（原本）	⑥療養を担当した医師等に照会するときのための同意書
⑦旅券、航空券その他海外に渡航していた事実が確認できる書類の写し（パスポートなど）	
⑧療養を担当した医師等に照会するときのための同意書	

申請の手続き

- ・申請書類は、受診者、診療月・医療機関・入院・外来ごとにそれぞれ 1 枚ずつ作成してください。
- ・医科・歯科とも②及び③については治療を受けた医師に記入してもらってください。外国語で作成している場合は翻訳が必要となります。
- ・現地で支払った領収書についても診療内容を確認するため、別途翻訳をお願いする場合があります。

《留意事項》

- 美容目的や治療目的など、日本で保険診療が認められていないもの及び業務上によるけが等は療養費の対象外です。
- 支給額は、日本国内で同様の病気又はけがを治療した際にかかる保険診療の費用（10 割）の実績に基づき算定した額を基に計算をします。ただし、実際に海外で支払った治療費（円換算した額）が、算定した額を下回る場合は、実際に海外で支払った治療費を基に計算をします。
日本と海外では、医療体制や治療方法などが異なるため、実際に海外で支払った治療費から自己負担額を控除した額よりも支給額が大幅に少なくなることもあります。
- 治療費の支払日の翌日から 2 年を経過した場合は、時効により申請ができなくなります。
- 海外へ直接送金及び支給決定通知書の送付はしませんので、日本国内の金融機関口座と住所をご記入ください。被保険者以外方の口座へ振込みを希望する場合は、療養費支給申請書の受取代理人欄で受領の委任ができます。

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

治療開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
(Starting date of medication _____ Year _____ Month _____ Day)

患者
(Patient)

患者名
(Name of patient)

住 所
(Address)

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

大阪自転車健康保険組合 御中

私(療養を受けた者)、 _____ は、大阪自転車健康保険組合の職員又は、大阪自転車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、療養行為を行なった者に照会を行い、該当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、パスポートを大阪自転車健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To Osakajitensha health insurance society

I (patient who has received treatment) authorize Osakajitensha 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
(Signatere)

署名は、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)が署名してください。

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
(Signature)

住 所
(Address)

日 付 _____ 年 _____ 月 _____ 日
(Date) _____ (Year) _____ (Month) _____ (Day)

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

※本同意書の有効期限は署名日から3カ月間です。

※This agreement of authorization expires 3 month after the signed date.

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、かつ署名してください。
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、この様式一枚が必要です。

Form A 様式A

Attending Physician's Statement 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
2. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance (Please refer to the table attached to this form).
傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号(P1~P4参照)

(No. _____)
3. Date of First Diagnosis : _____
初診日
4. Days of Diagnosis and Treatment : _____ days
診療日数 日間
5. Type of Treatment
治療の分類
 Hospitalization : From _____, _____ to _____, _____ (_____ days)
入院 自 至 (日間)
 Outpatient or Home Visit : _____, _____, _____, _____
入院外
6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)
症状の概要

7. Prescription, Operation and any other Treatments (in brief)
処方、手術その他の処置の概要

8. Was the treatment required as 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
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. 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 : Home 自宅 _____ Phone 電話 _____
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 Record (if applicable)
診療録の番号 _____

様式Aの翻訳 (被保険者自身の翻訳も可能です)

外国語で記載された部分のみ翻訳してください。

2. 傷病名

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

翻訳者記入欄(翻訳者自署)	
氏名	
住所	電話番号 _____

Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic

担当医又は病院事務長へのお願い

- 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 either the attending physician or the superintendent of hospital / clinic.
この様式は担当医又は病院事務長が書き、かつ署名してください。
- 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、この様式一枚が必要です。
- If not in dollars , please specify the unit used.
ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いて下さい。

Form B 様式B

Itemized Receipt 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 Examinations	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ください。
▪		\$	
(11) Medicines	医薬費	\$	*Please fill in the name and the
▪		\$	amount of the prescription of an
▪		\$	individual medicine.
▪		\$	**処方した個々の薬の名称と量を
(12) Surgical Dressing	包帯費	\$	記入してください。
(13) Anaesthetics	麻酔費	\$	
(14) Operating Room Charge	手術室費用	\$	
(15) 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 change.
注意: 特別室料等、治療に直接関係な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

Name 名前 : Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____

Address 住所 : Home 自宅 _____ Phone 電話 _____

Office 病院又は診療所 _____ Phone 電話 _____

Date 日付 _____

Signature 署名 _____

様式Bの翻訳 (被保険者自身の翻訳も可能です)

(10) 諸検査費の内訳 (諸検査の内容)

(11) 医薬費の内訳 (処方日、薬の名称、用量)

【記入例】○月○日処方『○○カプセル100mg』1日○錠×○日分

(15) その他 (項目明記)

翻訳者記入欄 (翻訳者自署)	
氏名	
住所	電話番号 _____