

○ 被保険者 療 養 費 支 給 申 請 書
○ 家 族 療 養 附 加 金

K20-①

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被 保 險 者 の 記 号 と 番 号	○○○ △△	② 事業所の 名 称	△△事業団			
	③ 傷 病 名	右足首捻挫		④ 発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	2003 年 12 月 1 日 (負傷の場合は 17 時頃)		
	⑤ 発 病 又 は 負 傷 の 原 因	階段を踏み外した					
	⑥ 傷 病 の 経 過	痛みは少し和らいだが、治療継続中					
	⑦ 診 療 を 受 け た 病 院 の	⑦ 名 称	orient clinic		⑧ 所 在 地	70 Collins St. Melbourne	
	⑧ 診 療 に 従 事 し た 医 師 の	⑨ 氏 名	R. Plortny		⑩ 住 所	同上	
	⑨ 診 療 の 内 容	診察・レントゲン・冷湿布・投薬・温巻法					
	⑩ 診 療 の 期 間	自	2003 年 12 月 1 日 5 日間		⑪ 診 療 に 要 し た 費 用 の 総 額 (薬代を含む)	170 オーストラリアドル	
	⑫ ⑩ 欄 の 期 間 中 に お い て 診 療 を 受 け た 実 日 数	2 日間		⑬ 診 療 日 を ○ 月 ○ 日、○ 月 ○ 日……の よう に 列 記 し て 下 さ い。 12月1日、12月5日			
	⑬ 第 三 者 行 為 に よ っ て 負 傷 し た も の で あ る か 否 か	○ある ●ない	⑭ 第 三 者 の 行 為 に よ っ て 負 傷 し た と き は	その事実の届出の有無	○ある・●ない		
⑮ 申 請 が 被 扶 養 者 に 関 す る と き は そ の 者 の	⑯ 氏 名	⑰ 生 年 月 日	昭 ○ 平 ●	年 月 日 生	被 保 險 者 と の 続 柄		
上記の通り申請いたします。							2003 年 12 月 30 日
住所 XXN. S. W. Australia							
被 保 險 者 の 氏 名 田 中 一							印 田

委 任 状	私は	人事課長 ×× ××	を代理人と定め、この申請にかかる
	保険給付金の受領方を委任します。		
	被 保 險 者 氏 名	田 中 一	2003 年 12 月 30 日 印 田
代 理 人 氏 名	×× ××	×× ××	印 ×

【記入上の注意】

- この申請書には、「渡航に係る証明及び同意書」「領収明細書」「証書添付」「翻訳文」の添付が必要です。
- 「領収明細書」の医師記入欄に医師の記入を受けることができない場合は、「領収明細書本人記載の理由」を添付して下さい。
- 海外に渡航した事実が確認できる書類(旅券・航空券等の写し)の提出が必要ですが、業務命令による海外勤務等で、海外に渡航している事実を事業主が把握している場合は、「渡航に係る事業主証明欄」への事業主の証明で代替可能です。
- 自署(手書きでフルネーム)の場合は印鑑は不要です(苗字等のサインは不可)。

海外療養費支給申請に伴う調査に係る同意書

私（療養を受けた者） 田中 一 は、経済産業関係法人健康保険組合の職員又は経済産業関係法人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（診療行為を行った日時、場所、療養内容等）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、旅券等のコピーが必要となる場合は、旅券等を経済産業関係法人健康保険組合に提示することも併せて同意します。

署名・押印欄

署名・押印は、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）、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・押印してください。

氏名 田中 一 ※自署の場合は印鑑は不要です。

日付 2016 年 5 月 10 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6ヵ月間です。

※ 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、所定の書類に必要な事項を記載いただくことがあります。

渡航に係る事業主証明欄

① 当該申請者である被保険者は、業務命令により海外勤務していることを証明します。

2. 当該申請の治療を受けた被扶養者は、上記被保険者に帯同していることを証明します。

※上記、1.2のうち、該当する番号に○を付けて下さい。

2016年6月1日

事業所名称 事業団

事業主氏名

海外療養費支給申請には、海外に渡航した事実が確認できる書類（旅券・航空券等の写し）の提出が必要ですが、業務命令による海外勤務等（帯同している被扶養者も含む）で、海外に渡航している事実を事業主が把握している場合は、この事業主証明欄への事業主名の記載・押印で代替ができます。

RECEIPT (NON-DENTAL)
(領収明細書(一般医科用))

- 注意
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、この様式1枚が必要です。
 - o Separate receipt required for prescriptions. (薬剤料は別に処方箋を添付のこと)

 Request to Attending Physician
 担当医へのお願い

Name of Illness or Injury (傷病名)

s p r a i n

Nature and Condition of Illness or Injury (症状の概要)

p a i n i n r i g h t a n k l e

Diagnosis and Treatment (診療)

 Date of First Diagnosis
 (初診日)

D E C . 1 , 2 0 0 3

 Days of Diagnoses and Treatment
 (診療を行なった実日数) ※⑫と同じ日数

2 days
 (日間)

 Currency paid
 (支払通貨)

40

 Description of Treatment or Operation・Anesthesia
 (処置および手術・麻酔の概要)

c o l d p a c k (w e t)
w a r m c o m p r e s s
40

 X-Ray Examinations & Other, Including Number of Times
 (レントゲン検査およびその他諸費用)

 X-Ray Examinations (レントゲン検査) *X - r a y s f o o t*

Other Examinations (その他の検査)

50

Medical Prescriptions (薬剤処方)

k e f l e x
40

Hospitalization (入院)

 From _____ To _____ (days)
 (日間)

The Others (その他)

Name of Hospital or Clinic (病院又は診療所名称)

O r i e n t C l i n i c

Signature of Doctor (担当医署名)

R . P l o t n y

Date (日付)

D e c . 5 , 2 0 0 3

Total (計)

A \$
170

証書番号

証書添付

(領収書、処方箋 etc)

金額

支払年月日 年 月 日

備考

翻 訳 文

(注)原文を上段に翻訳文を下段に記入して下さい。

例. *Trauma to upper fornix of left eye.*
左目脳弓上部の外傷

Return for follow up visit.
再検査のため再来すること。

翻訳者住所

翻訳者氏名

経済産業関係法人健康保険組合 殿

年 月 日

被保険者氏名

田中 一



下記の理由により、医療機関および医師の記入・証明を受けることができませんでしたので、領収明細書は本人による記載で申請します。

記

理由：