

海外療養費支給申請書 (医科用)

被保険者等の 記号・番号	—		事業所 の名称						
被扶養者(家族)に 関する申請のとき	被扶養者 氏名		被扶養者 生年月日	年	月	日	被保険者 (本人) との続柄		
海外療養費 支給要件と 必要添付書類 領収書は原本を添付 のこと(コピー不可)	支給要件			必要添付書類					
	海外に在住中、出張、旅行中に、海外の医療機関 へ受診した場合。 ※但し、治療目的で海外へ渡航した場合は海外療 養費の支給対象外とする。			⇒○「診療内容明細書(日本語翻訳)」「領収明細書」 ※医科・歯科書式が異なります。 ※日本語翻訳文には、翻訳者住所・氏名記載 ○「領収書」(原本)					
交通事故等第三者 行為災害による負 傷ですか	はい・いいえ ※「はい」の場合、「第三者行為災害届」を添 付してください。 (既に提出している場合は不要)		通勤途上・業務上 による負傷ですか	はい・いいえ					
傷病名									
診療又は 手当の内容 (詳しく記載)									
発病・負傷年月日	(和暦)	年	月	日	診療に 要した 費用	現地 通貨	日本円	円	
診療又は手当を受 けた期間	自	年	月	日	至	年	月	日 () 日間	左記の内、入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日
振込希望銀行 (日本の金融機関)	銀行		支店(普通・当座)	No	カナマイギ()			※被保険者本人名義の口座(家族不可) ※ゆうちょ銀行希望の場合は通帳表紙の裏面コピーを添付	
ベネッセグループ健康保険組合理事長 殿									
上記のとおり海外療養費を請求いたします。									
年 月 日									
被保険者の住所	〒 —								
氏名									
電話番号	()								

※在職中の方は現在お勤めの各会社・団体の人事へ、退職後の方は、直接健保組合へご提出ください。

※振込希望銀行は日本国内の金融機関に限ります。

※被保険者の住所は、日本国内の連絡先を記載してください。支給(不支給)決定通知書をお送りします。

※海外療養費は実際に支払った金額がそのまま戻ってくるという制度ではありません。

実際に治療(処置)した内容に基づき、日本の医療保険にあてはめて点数化(算出)し、その額と現地で支払った金額を比較し、低い方を基準に、7割(8割)(日本の保険給付割合)を給付します。

一般的に、海外での治療は日本に比べ高額です。「診療内容明細書」が算定の基準になりますので、具体的に記載していただくよう、お医者様にお願いしてください。

Attending Physician's Statement

診療内容明細書(医科) ※歯科受診は歯科用を使用

- This form is used for claiming the health insurance benefit.
(この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。)
- 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, one form for hospitalization/outpatient and home visit.
(各月毎、入院・入院外毎に付この様式が1枚必要です。)
- Separate receipt required for prescriptions.
(薬剤料は別に処方箋を添付のこと)

1. Name of Patient (Last, First) : _____
(患者名)

Age (Date of Birth) _____ Sex (Male・Female) Male Female
(年齢 (生年月日)) (性別 (男・女))

2. Name of Illness or Injury _____
(傷病名)

3. Date of First Diagnosis : / / _____ / _____ / _____
(初診日) (日) (月) (年)

4. Duration of Treatment : _____ days
(診療日数) (日)

5. Type of Treatment
(治療の分類)

Hospitalization: From _____ / _____ / _____ , to _____ / _____ / _____ (_____ days)
(入院) (自) (至) (日)

Out patient or Home Visit : _____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____
(入院外)

6. 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))

7. Nature and Condition of Illness or Injury (in detail)
(症状 (詳しく記載してもらってください))

8. Prescription, examination, Operation and Any other treatments (in detail)
(処方、検査、手術その他の処置 (投薬名、検査名、数量 (回数) 等、具体的に記載してもらってください))

9. Name and Address of Attending Physician

(担当医の名前及び住所)

Name : Last _____ First _____
(名前) (姓) (名)

Office : _____ phone _____
(病院又は診療所名) (電話)

Address : _____
(住所)

Date: _____ Signature _____
(日付) (署名)

Attending Physician 担当医

翻訳

(診療内容明細書 (医科))

7. 症状 (詳しく)

8. 処方・処置・検査・レントゲン・その他
(投薬名・検査名、数量 (回数) 等、具体的に記載)

	翻訳者
名前	
住所	
電話	

Itemized receipt

領 収 明 細 書 (医科)

(1) Fee for initial office visit	(1) 初診料	_____
(2) Fee for follow-up office visit	(2) 再診料	_____
(3) Fee for home visit	(3) 往診料	_____
(4) Fee for hospital visit	(4) 入院管理料	_____
(5) Hospitalization	(5) 入院費	_____
(6) Consultation	(6) 診察費	_____
(7) Medication	(7) 医薬費	_____
(8) Operation	(8) 手術費	_____
(9) Operating room charge	(9) 手術室費用	_____
(10) Anesthetics	(10) 麻酔費	_____
(11) X-ray examination	(11) X線検査費	_____
(12) Others (specify)	(12) その他	_____
_____	(項目明記)	

Total

(合計) _____

※Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e., extra charge for a bed.
 ((注) 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 : Last _____ First _____
 (名前) (姓) (名)

Office : _____ phone _____
 (病院又は診療所名) (電話)

Address : _____
 (住所)

Date : _____ Signature _____
 (日付) (署名)