

「海外療養費支給申請書」提出の際の注意事項

- ・被保険者（本人）または被扶養者（家族）が海外に在住中または旅行中に負傷、疾病にかかった場合の費用については、日本国内の保険診療の範囲内で払い戻しされます。
- ・「治療を目的」として海外へ渡航し、治療を受けた場合は、支給対象外となります。
- ・日本国内で保険適用となっていない療養（治療）は、支給対象外となります。
- ・海外赴任者は事業主（海外担当）を経由してください。それ以外の方は、健康保険組合に提出してください。給付金は事業主を経由して支給となります。
- ・健康保険の給付を受ける権利は、2年で時効となります。時効の起算日は、医療機関等に費用の支払をした日の翌日となります。

●提出書類

①海外療養費支給申請書
・受診者ごと、1か月ごと、病院ごと、入院・外来別に申請書を作成してください。
②「歯科診療内容明細書兼領収明細書」（様式C）と翻訳文
・担当医師に証明を受けてください。
・受診者ごと、1か月ごと、病院ごと、入院・外来別に作成してください。
・日本語への翻訳には訳者の住所・氏名を書いてください。訳者が本人の場合でも書いてください。
③領収書原本
・クレジットカードで支払の場合は、領収明細書のコピー
④調査に関わる同意書（海外の医療機関に対して保険者が照会を行うことに関する同意書）
・受診者ごとに作成してください。
⑤受診者が海外赴任者および帯同者以外の場合
氏名及び渡航期間の確認ができる書類（パスポート等）の写し

●問い合わせ先

〒372-8502 群馬県伊勢崎市寿町20番地
サンデン健康保険組合
TEL：0270-24-1222 FAX：0270-21-2616

支給決議書	発議	令和 年 月 日	決議	令和 年 月 日	決 裁
	支給期間	平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日			
		日間	取得日	昭・平・令 年 月 日	
支給決定額				種 別	立替払

療養費支給申請書

Claim for Payment of Medical Treatment Expenses (ryoyohi shikyu shinseisho)

被保険者(本人)が記入するところ Items to be filled in by insured person	被保険者証の記号番号 Code/number of Health Insurance Certificate	—		被保険者(本人)の氏名 Name of insured person		
	被保険者(本人)の住所・電話番号 Address of insured person	〒 Postal code				
		TEL				
	事業所の名称 Place of work Employer's name					
	療養が被扶養者に関するときは If this claim is based on the medical treatment received by any of your dependents:	被扶養者の氏名 Name of dependent	被扶養者の生年月日 Date of birth of dependent		被保険者との続柄 Relationship to insured person	
			年 月 日 Y M D			
	傷病名 Name of disease/injury				発病・負傷年月日 Date of onset of disease/injury	
					年 月 日 Y M D	
	発病・負傷原因(負傷の場合は、右面を記入) Cause of onset, Course of disease (If injury, fill in column on the right page.)				第三者の行為によるものですか? Was the disease/injury caused by an act of any third party?	
					<input type="checkbox"/> はいYes <input type="checkbox"/> いいえNo	
	診療を受けた病院等の Medical institution where insured person/dependent received treatment	名称 Name of institution				
		所在地 Address				
		診療した医師の氏名 Name of attending physician				
診療または手当の期間 Period of treatment	入院・外来の区分 Type of treatment	入院の場合、左記の入院期間 If hospitalization, the period of hospitalization		診療に要した費用 The amount of expenses required for the treatment		
自 年 月 日 From Y M D	<input type="checkbox"/> 入院 Hospitalization	自 年 月 日		(外貨で記入)		
至 年 月 日 To Y M D	<input type="checkbox"/> 外来 Outpatient or Home Visit	From 年 月 日				
		To 年 月 日				
診療の内容 Contents of medical treatment		療養の給付を受けることができなかった理由 Reason that the insured person/dependent needed to pay the full amount of expenses for the treatment provided at the institution				
本申請書に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 I hereby entrust receipt of the benefits based on this claim to the entrepreneur. 被保険者(本人)の氏名 Signature of insured person _____						

《添付書類》 Accompanying documents

H31.4 改

1. 領収書(支払額が記入されているもの) receipt (The amount of payment is filled in)

様式 C

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なですので、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.
毎月ごと、入院・入院外ごとに付き、この様式1枚が必要です。

Attending Dentist's Statement 歯科診療内容明細書兼領収明細書

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)

Date of First Diagnosis 初診日 _____ Day of Diagnosis and Treatment 診療日数 ____ days

Treatment 治療日 Date from 自 _____ to 至 _____

Permanent Tooth 永久歯				Baby Tooth 乳歯														
R	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	L
	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	

1. Name of Illness 傷病名

- ①Dental Carics(う蝕症) ②Missing Teeth(欠損) ③Pyorrhea Alveolaris(歯槽膿漏) ④Others(その他)

_____ | _____ | _____ | _____

2. Dental Treatment (歯科治療)	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Material 材料	Fee 治療費
Initial Office Visit (初診料)			
X-Ray Examination (X線検査)			
Dental Pulp Extirpation (抜髄)			
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)			
Treat of Pyorrhea Alveolaris (歯槽膿漏処理)			
Medicine (投薬)			
The Others (その他)			
Unit is 通貨単位 _____		Total	

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

Name 名前 Last 姓 _____ First 名 _____

Office Address 病院または診療所の住所 _____

Office 病院または診療所の名称 _____ Phone _____

Date 日付 _____ Signature 署名 _____

Attending Physician 担当医

Reference Number of your Medical Record (if applicable) 記録簿の番号 _____

■様式C（邦訳）

1. 傷病名

2. 歯科治療（処方、処置の概要）

【翻訳者記入欄】

氏名 _____ 印 _____

住所 _____

電話 _____