

|      |     |   |      |   |
|------|-----|---|------|---|
| 常務理事 | 事務長 | 係 | 法定給付 | 円 |
|      |     |   | 付加給付 | 円 |
|      |     |   | 支給額  | 円 |

- 本人  
 家族

### 海外療養費支給申請書

(入院・通院)

|              |   |                                       |                |          |                         |                |        |
|--------------|---|---------------------------------------|----------------|----------|-------------------------|----------------|--------|
| 被保険者が記入するところ | 事業所名  |                                       | 被保険者記号・番号      |          | 被保険者氏名                  |                |        |
|              |   |                                       | -              |          |                         |                |        |
|              | 被保険者の住所   |                                       |                |          |                         |                |        |
|              | (請求が被扶養者のとき)<br>被扶養者氏名  | 被扶養者生年月日                              | S・H・R<br>年 月 日 |          | 続柄                      |                |        |
|              | 傷病名   | 発病又は負傷年月日                             | 年 月 日          |          |                         |                |        |
|              | 発病又は負傷の原因及びその経過   | (いつ) 年 月 日 時頃                         |                |          |                         | 第三者行為によるものですか？ |        |
|              |   | (どこで)                                 |                |          |                         | ・ いいえ ・ はい     |        |
|              |   | (何をしています)                             |                |          |                         |                |        |
|              | 診療を受けた医療機関等の名称  |                                       |                | 所在地      |                         |                |        |
|              | 診療期および診療に要した費用  | 入院期間                                  |                | 年 月 日 から | 年間入院                    |                | (診療費用) |
| 通院日          |   | 年 月 日 / 年 月 日 / 年 月 日 / 年 月 日 / 年 月 日 | 日間             |          | 現地費用 ( )                |                |        |
| 渡航の目的        |   |                                       |                |          | レート確認 / = 円<br>日本円に換算 円 |                |        |
| 委任状          | レンゴー健康保険組合理事長 殿<br>上記により支給される金額の受領を事業主に委任いたします。<br>被保険者住所<br>氏名 |                                       |                |          |                         | 年 月 日          |        |

《必要な添付書類》  
 全て翻訳必要

- ・診療内容明細書
- ・領収明細書および領収書(原本)

※業務以外で渡航した場合は、以下の2点も必要

- ・療養内容の照会を行うことの「同意書」
- ・海外に渡航した事実が確認できる書類(パスポートの写し・・・氏名記載頁と出入国スタンプ頁)

Form A

様式 A

1. This form is used for claiming the social insurance benefit.

この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。

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, 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。

### 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 Number of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance. \_\_\_\_\_  
傷病名及び社会保険表章用国際疾病分類番号
3. Date of First Diagnosis : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
初診日
4. Days of Diagnosis and Treatment : \_\_\_\_\_ days  
診療日数
5. Type of Treatment  
治療の分類  
 Hospitalization : From \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ days)  
入院 自 至 ( 日間)  
 Out patient or Home Visit : From \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ days)  
入院外 自 至 ( 日間)
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 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
9. Itemized amounts paid to Hospital and/or Attending physician : Form B  
治療実費 \_\_\_\_\_ 様式 B
10. Name and Address of Attending Physician  
担当医の名前及び住所  
Name 名前 : Last 姓 \_\_\_\_\_ First 名 \_\_\_\_\_  
Address 住所 : Home 自宅 \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_  
Office 病院又は診療所 \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_

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 婦 費 | \$ | _____ |
| (9) X-Ray Examinations             | X 線 検 査 費   | \$ | _____ |
| (10) Laboratory Tests              | 諸 検 査 費     | \$ | _____ |
| (11) Medicines                     | 医 薬 費       | \$ | _____ |
| (12) Surgical Dressing             | 包 帯 費       | \$ | _____ |
| (13) Anesthetics                   | 麻 酔 費       | \$ | _____ |
| (14) Operating Room Charge         | 手 術 室 費 用   | \$ | _____ |
| (15) The Others (Specify)          | その他 (特記せよ)  | \$ | _____ |
|                                    |             | \$ | _____ |
| (16) Total                         | 合 計         | \$ | _____ |

Important : Exclude the amount irrelevant to treatment, i.e, payment for luxurious room charge.

注 意 : 高級室料等治療に直接関係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 \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_

名前 : 姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_

Address : Home 自宅 \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

住所 : Office 病院又は住所 \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

日付 \_\_\_\_\_ 署名 \_\_\_\_\_

※この明細書が外国語で作成されているときは、日本語に翻訳してご提出下さい。

※必ず領収書を添付して下さい。

# 同意書

(Agreement of Authorization)

レンゴー健康保険組合 御中

海外療養費支給申請書にある事実（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。

## 署名・押印欄 (Signature)

署名日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

### ◎療養を受けた者（患者）の署名

・患者氏名

\_\_\_\_\_

・生年月日

\_\_\_\_\_ 年 月 日

・住所

\_\_\_\_\_

(海外に居住している場合は、国名から記入してください。)

### ◎被保険者の署名

・氏名

\_\_\_\_\_

・住所

\_\_\_\_\_

・患者との関係

\_\_\_\_\_