

海外用

被保険者(本人) 被扶養者(家族) 療養費支給申請書

係	事務長	常務理事

申請日 令和 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名			
	被保険者の 現住所				事業所名称	(所属:)	
	受診者氏名	(被保険者との続柄:)			受診者の 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	傷病名				発病又は 負傷年月日	令和	年 月 日
	発病又は負傷 の原因および 傷病の経過						
	診療を受けた 医療機関の 名称・所在地						
	診療期間	自 令和 年 月 日	至 令和 年 月 日	日間 (診療日数)	入院通院の別	<input type="checkbox"/> 入院 ・ <input type="checkbox"/> 通院	
	診療内容				診療に要した 費用の額 (現地通貨で記入)	国名:	
	渡航目的	本人	<input type="checkbox"/> 海外勤務 <input type="checkbox"/> 海外出張 <input type="checkbox"/> 研究・教育派遣 <input type="checkbox"/> 私的旅行 <input type="checkbox"/> その他()		家族	<input type="checkbox"/> 被保険者(本人)に帯同 <input type="checkbox"/> 私的旅行 <input type="checkbox"/> その他()	
	傷病が第三者 の行為による ものであるか 否か	<input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> ない	傷病が第三者の行為 によるものとき		その事実の届出を JSR健保組合へ 第三者の氏名・住所 (不明のときはその旨)	<input type="checkbox"/> している ・ <input type="checkbox"/> していない	
※1	金融機関名			支店名			
振込希望口座 (日本国内口座)	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 労金 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 農協			<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所			
	金融機関コード	店番コード	種目	口座番号(右ヅメ)	口座名義(カタカナで記入)		
			<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座				

※1 日本国内の金融機関口座を記入して下さい。

・被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄

【医科の場合の添付書類】

- ①別紙「診療内容明細書(医科用)」→医師記入
- ②①の内容の翻訳→翻訳者記入
- ③領収書(原本)

【歯科の場合の添付書類】

- ①別紙「診療内容明細書(歯科用)」→医師記入
- ②①の内容の翻訳→翻訳者記入
- ③領収書(原本)

◎健保処理欄

支給決定	R 年 月 日付TTSV-ト	() = 円	() × () 円	総医療費 = 円
<input type="checkbox"/> 海外療養費・本入(1181)	<input type="checkbox"/> 海外療養費・本外(1182)	<input type="checkbox"/> 海外療養費・家入(1185)	<input type="checkbox"/> 海外療養費・家外(1186)	<input type="checkbox"/> 海外療養費・六入(1183)
<input type="checkbox"/> 海外療養費・六外(1184)	<input type="checkbox"/> 海外療養費・高入9(1187)	<input type="checkbox"/> 海外療養費・高外9(1188)	健保受付日付印	
総医療費	自己負担	健保負担(支給額)	付加給付(支給額)	円
円	円	円	円	円

Attending Physician's Statement 診療内容明細書

Name of Patient 患者名	Date of Birth 生年月日	Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F 性別 男 女
Diagnosis 診断	Symptoms 症状	
Prescription, operation and any other treatments (in brief) 処方、手術その他の処置の概要(診療内容)		<input type="checkbox"/> Sick 疾病 <input type="checkbox"/> Preventive care 予防的診療 <input type="checkbox"/> Pregnancy in normal condition 正常経過の妊娠

Description of Services 診療内容	Fee 料金	Description of Services 診療内容	Fee 料金
1. Outpatient 外来 Date of services 受診日 <input type="checkbox"/> Initial Visit 初診20 <input type="checkbox"/> Subsequent Visit20 再診20 <input type="checkbox"/> Home Visit20 往診 Total 合計 _____ Visits 回	_____	7. Inpatient 入院 from20 to20 (Admission 入院) (Discharge 退院) Total 合計 _____ Days 日 Doctor's Fee 入院時医学管理 _____ Room 室料 _____ Food 食事療養 _____	_____
2. Medication 投薬 <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Kind of medicine 薬剤の種類 _____	_____	8. Operation 手術 Fixation 固定 _____ Dressing 洗浄 _____ Other Procedure (specify) その他の処置 _____	_____
3. <input type="checkbox"/> Injection <input type="checkbox"/> IV Treatment 皮下・筋注 点滴 _____	_____	9. Anesthesia 麻酔 <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Spinal <input type="checkbox"/> General 局部 脊椎 全身 _____	_____
4. Laboratory (specify) 検査 <input type="checkbox"/> Urine 尿 <input type="checkbox"/> Blood 血液 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> ECG (EKG) 心電図 <input type="checkbox"/> Ultrasound 超音波検査 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	_____	10. Operation/Emergency room 手術室 緊急治療室 _____	_____
5. Physiotherapy _____ times 回 理学療法 _____	_____	11. Radiology 画像診断 <input type="checkbox"/> X-ray レントゲン診断 <input type="checkbox"/> CT コンピューター断層撮影 <input type="checkbox"/> _____	_____
6. Medical supplies 医療器材 _____	_____	12. Others (specify) その他 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Medical Certificate 診断書 _____	_____

Name and Address of Physician / Hospital, Clinic, Office
医師の氏名及び住所 又は 病院、診療所の名称及び所在地

Total Fee 合計

Date _____ Physician's Signature _____
日付 医師の署名

Reference Number of your
Medical Record (if applicable)
診療録の番号 _____

翻訳者住所・氏名

Attending Dentist's Statement 歯科診療内容明細書

Name of Patient 患者名 _____ Date of Birth 生年月日 _____ Sex 性別 M 男 F 女
Date of Services 受診日 From _____ .20 to _____ .20 Total 合計 _____ Visits 回 _____

Tooth Number 歯式																															
Permanent Tooth 永久歯								Milky Tooth 乳歯																							
#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10	#11	#12	#13	#14	#15	#16	#A	#B	#C	#D	#E	#F	#G	#H	#I	#J						
R	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	L	R	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	L		
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8															
	#32	#31	#30	#29	#28	#27	#26	#25	#24	#23	#22	#21	#20	#19	#18	#17						#T	#S	#R	#Q	#P	#O	#N	#M	#L	#K

Name of illness(傷病名)

Dental caries う蝕症 Missing teeth 欠損 Pyorrhea alveolaris 歯槽膿漏 The others その他
 _____ _____ _____ _____

Dental treatment (歯科治療)	Date of Services (治療日)	Tooth No. (治療部位)	Services/Material (診療内容/材料)	Fee (料金)
1. Initial Office Visit 初診料				
2. X-Ray Examination レントゲン検査				
3. Dental Pulp Extirpation 抜髄				
4. Extraction 抜歯				
5. Filling 充填			Material	
6. Inlay/Onlay インレー・アンレー			Material	
7. Metal Crown 金属冠(クラウン)			Material	
8. Post Crown 継続歯(継ぎ歯)			Material	
9. Jacket Crown ジャケット冠			Material	
10. Bridge Work ブリッジ			Material	
11. Plate Denture 有床義歯			Material	
Partial Denture 局部義歯			Material	
Complete Denture 総義歯			Material	
12. Treatment of Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏処置				
13. Medicine 投薬				
14. Prophylaxis, Cleaning 歯垢除去				
Fluoride フッ化物塗布				
Root Planing スケーリング・ルートプレーニング				
15. Others (specify) その他				

Name and Address of Dentist / Office
歯科医師の氏名及び住所 又は 医院の名称及び所在地

Total Fee 合計

Date 日付 _____ Dentist's Signature 歯科医師の署名 _____

翻訳者住所・氏名
