記入例

いずれかにチェックして下さい。

事業所健保窓口または健保組合へ提出する日を記入して下さい。

JSR健康保険組合　御中

海外用

☐被保険者（本人）
☑被保険者（家族）　療養費支給申請書

係	事務長	常務理事
押	印　不	要

①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、
③資格確認書（健康保険証）のいずれかでご確認ください。

申請日	令和　＊＊年＊＊月＊＊日

被保険者	被保険者等記号・番号	記号	＊＊	番号	＊＊＊＊	被保険者氏名	健保　太郎
	被保険者の現住所	＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊				事業所名称	＊＊＊＊＊
	受診者氏名	健保　花子（被保険者との続柄：　妻　）				受診者の生年月日	☑平成　＊＊年　＊＊月　＊＊日 ☐令和
	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	・高熱が出たため、病院で診察を受け薬をもらった ・自宅で遊んでいるとき、イスから落ちて、頭を打った ・奥歯が虫歯で、１本に金属冠（セラミック）を被せた					
	診療を受けた医療機関の名称・所在地	○○○Clinic 1234＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊,CA98765					
	診療期間	自　令和　＊＊年５月１５日 至　令和　＊＊年５月２２日		２日間（診療日数）		入院通院の別	入院　・　☑通院
	診療内容	診察、血液検査、薬の処方				診療に要した費用の額（現地通貨で記入）	（総額＄500−現地保険＄200） 300.00　US$ 国名：　米国
	渡航目的	本人	☐海外勤務　☐海外出張 ☐研究・教育派遣　☐私的旅行 ☐その他（　）			家族	☑被保険者（本人） ☐私的旅行 ☐その他（　）
	傷病が第三者の行為によるものであるか否か	☐ある・☑なし	傷病が第三者の行為		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）		☐している・☐していない
	※1 振込希望口座（日本国内口座）（被保険者名義）	金融機関名				支店名	
		○○	☑銀行　☐労金 ☐信金　☐農協			××　☐本店　☑支店 ☐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）	
		＊＊＊＊	＊＊＊	☑普通 ☐当座	＊＊＊＊＊＊＊	ケンポ　タロウ	

海外駐在員の方は、海外での現住所を記入して下さい。

海外駐在員の方は、「海外赴任先事業所名」を、それ以外の方は、国内の「事業所名称」を記入して下さい。

傷病名がわからない場合は、症状を記入して下さい。

症状とその後の経過をできるだけ詳しく記入して下さい。
外傷性の負傷の場合は、どこで、何をしているとき、どうなったかなどを詳しく記入して下さい。

実際の診療を受けた日の合計日数

現地保険（任意保険除く）の戻りがある場合は、計算式の形で記入をお願いします。

簡単な表現で結構ですので、何をしてもらったかがわかるように記入して下さい。

「その他」の場合は、渡航目的を記入して下さい。

いずれかにチェックして下さい。

※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）

必要事項をもれのないように記入して下さい。
記入不備があると審査できない場合があります。

添付書類を忘れずに。また、書類はすべて原本を提出して下さい。

現地保険からの戻りがある場合は、受診日ごとの医療費総額、保険戻り額、最終自己負担額がわかる書類を添付して下さい。
審査の際に大変助かりますので、ご協力をお願いいたします。

（R6.12）

見本　**全項目について、医師の記入・署名が必要です。本人は記入できません。**

This form is used for claiming the health insurance benefit　（医科用）
この様式は健康保険の給付の申請に使用されます。

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 性別 ☐M 男 ☐F 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） 外国語で書かれている箇所は、余白に邦訳を記入して下さい。		☐ Sick 疾病 ☐ Preventive care 予防的診療 ☐ Pregnancy in nomal condition 正常経過の妊娠

医師に記入してもらう

Description of Services 診療内容	Fee 料金
1. Outpatient 外来 Date of services 受診日 ☐ Initial Visit 初診 . .20 ☐ Subsequent Visit 再診 . .20 .20 .20 受診日を記入してもらう ☐ Home Visit 往診 . .20 Total 合計 ____ Visits 回	
2. Medication 投薬 ☐ yes ☐ no Kind of medicine 薬剤の種類 薬が処方されていたら、薬剤名も記入してもらう	
3. ☐ Injection 皮下・筋注 ☐ IV Treatment 点滴	
4. Laboratory (specify) 検査 ☐ Urine 尿 ☐ Blood 血液 ☐ ☐ ECG (EKG) 心電図 ☐ Ultrasound 超音波検査 ☐ ☐ ☐	
5. Physiotherapy ____ times 回 理学療法	
6. Medical supplies 医療器材	
7. Inpatient 入院 from . .20 (Admission 入院) to . .20 (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	
8. Operation 手術 Fixation 固定 Dressing 処置 Other Procedure (specify) その他の処置	
9. Anesthesia 麻酔 ☐ Local 局部 ☐ Spinal 脊椎 ☐ General 全身	
10. Operation/Emergency room 手術室 緊急治療室	
11. Radiology 画像診断 ☐ X-ray レントゲン診断 ☐ CT コンピューター断層撮影 ☐	
12. Others (specify) その他 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Medical Certificate 診断書	

医師記入様式

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

ゴム印でも手書きでも構いません

Total Fee 合計

Date 日付　医師の証明日

Physician's Signature 医師の署名　医師のサイン

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

翻訳者住所・氏名
外国語で書かれている箇所は、その部分の余白に邦訳（鉛筆可）を記入して下さい。
ご自身の邦訳でも構いません。

※領収書が発行されず、この明細書が領収書の代わりとされた場合

こちらの余白部分に、以下のことを記入して下さい。
①領収書が発行されなかった理由
（例：明細書に記入してもらったため領収書が発行されなかった）
②医師の領収した旨のサイン又はゴム印（Paid、Cash等）

※医師に記入・署名していただけなかった場合

上記内容に準じて病院が発行した明細書原本を提出して下さい。
患者氏名、受診日、傷病名、診療内容、医療費が記載されていることをご確認下さい。

（R6.12）

見本

全項目について、医師の記入・署名が必要です。本人は記入できません。

This form is used for claiming the health insurance benefit
この様式は健康保険の給付の申請に使用されます。

（歯科用）

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 ＿＿.＿＿.＿＿ to ＿＿.＿＿.＿＿ Total 合計 ＿＿＿ Visits 回

受診日を記入してもらう

受診日数を記入してもらう

Tooth Number 歯式

Permanent Tooth 永久歯

	#1	#2	#3	#4	#5	#6	#7	#8	#9	#10	#11	#12	#13	#14	#15	#16	
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	
	#32	#31	#30	#29	#28	#27	#26	#25	#24	#23	#22	#21	#20	#19	#18	#17	

Milky Tooth 乳歯

	#A	#B	#C	#D	#E	#F	#G	#H	#I	#J	
R	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	L
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	
	#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

患歯部位を記入してもらう

医師記入様式

医師に記入してもらう

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 ﾚﾝﾄｹﾞﾝ検査				
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 ｼﾞｬｹｯﾄ冠			Material	
10. Bridge Work ﾌﾞﾘｯｼﾞ			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 ｽｹｰﾘﾝｸﾞ・ﾙｰﾄﾌﾟﾚｰﾆﾝｸﾞ				
15. Others（specify） その他				

赤枠の項目については、必ず歯科材料の記載が必要となります。
（例）金合金、金銀パラジウム合金、セラミック、ポーセレン、レジン、アマルガム など

Total Fee 合計

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

ゴム印でも手書きでも構いません

Date 日付 ＿＿＿＿ 医師の証明日

Dentist's Signature 歯科医師の署名 ＿＿＿＿ 医師のサイン

翻訳者住所・氏名

外国語で書かれている箇所は、その部分の余白に邦訳（鉛筆可）を記入して下さい。
ご自身の邦訳でも構いません。

（R6.12）

※領収書が発行されず、この明細書が領収書の代わりとされた場合

こちらの余白部分に、以下のことを記入して下さい。
①領収書が発行されなかった理由
（例：明細書に記入してもらったため領収書が発行されなかった）

※医師に記入・署名していただけなかった場合

上記内容に準じて病院が発行した明細書原本を提出して下さい。
患者氏名、受診日、傷病名、診療内容、歯科材料、医療費が記載されていることをご確認下さい。