

申請にあたっての注意事項

1. 被保険者または家族（健康保険法上の被扶養者）が、海外に在住中または旅行中に負傷したり、疾病にかかった場合の費用については、国内における保険診療の範囲内で払い戻しされます。
2. 払い戻し手続に必要な書類は、この冊子の健康保険^{被保険者}療_家養費支給申請書と F o r m A・B です。担当の医師に証明してもらってください。
3. どの様式も、各月ごと、入院・入院外ごとにつき 1 枚ずつ証明してもらってください。
例：4 月に外来患者として通院し、途中で入院、5 月半ばに退院した人は、外来分 1 枚（4 月分）、入院分 2 枚（4・5 月分）が必要となります。
4. F o r m A の 2・6・7、F o r m B の (10)・(11)・(15) については翻訳を付し、翻訳者の住所・氏名を書いてください。申請者ご本人が翻訳文を作成しても問題はありませんが、翻訳文は必ず添付してください。
5. 海外から申請するときは、必ず事業主を経由してください。
6. K D D I 健康保険組合からは、直接海外送金は行いません。事業主経由で支給します。なお、任意継続被保険者および特別退職被保険者につきましては、国内の口座に直接払い戻しされます。
7. 払い戻しの請求は、医師または病院等に費用の支払いをした日の翌日から数えて 2 年を経過するとできなくなるので、ご注意ください。

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の	記号 : 123 番号 : 45678	②被保険者の氏名	健保 太郎			
	③診療を受けた者の氏名及び生年月日	ア氏名	健保 花子	イ続柄	妻	ウ生年月日	昭○ 平○ 60年 12月 24日
	④傷病名	右足首捻挫		⑤発病または負傷の年月日	昭和・平成27年 7月 5日 (負傷の場合は 15時頃)		
	⑥発病又は負傷の原因	階段から踏み外した。					
	⑦傷病の経過	痛みは少し和らいだが、治療継続中。					
	⑧診療を受けた	ア病医院名称	Orient Clinic		イ医師名	R.Plortny	
		ウ所在地	70 Collins St. Melbourne				
	⑨診療の内容	診察、レントゲン、冷湿布、投薬、温巻法					
	⑩診療の期間	自 27年 7月 5日	5日間		⑪診療に要した費用の総額(薬代を含む)	金AUD170円也	
		至 27年 7月 10日					
⑫療養の給付を受ける事が出来なかった理由	海外保険対象外の為						
⑬⑩欄の期間中において診療を受けた実日数	2日間		診療日を○月○日、○月○日……のように列記して下さい。 7月5日、7月10日				
⑭第三者行為によって負傷したものであるか否か	○ある <input checked="" type="radio"/> ない	⑮第三者の行為によって負傷したときは	その事実の届出の有無	○ある ・ ○ない			
			第三者の氏名と住所(不明のときはその旨)				
⑯上記の通り申請いたします。							
平成 27年 7月 15日							
被保険者の							
住所 XXN.S.W.Australia							
氏名 健保 太郎							

⑰ 委 任 状	私は ○△□◇株式会社 を代理人と定め、この申請にかかる保険給付金の受領方を委任します。					
	2015年 7月 15日					
	被保険者	住所/氏名	XXN.S.W.Australia	健保 太郎	⑰必ず記入してください。	
代理人	住所/氏名					印

⑱ 振 込 先	被 保 険 者 の 口 座 に 振 込 む 場 合					
	指 定 銀 行	銀行・信用金庫 信用組合				支店
	口座の種類	普 通・当 座・貯蓄預金			口座番号	
	被保険者 氏名(口座設定者)	フリガナ		⑱事業主にお支払いしますので、記入は不要です。		

必ず医師に記入して頂いてください。

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 health insurance benefit.
この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要ですので、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記入し、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (t home visit) should be filled out. 各月ごと、また入院・入院外ごとにつき、この様式1枚が必要です。

Form A 様式A

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

傷 病 名

3. Date of first Diagnosis _____

初 診 日

4. Days of Diagnosis and Treatment _____ days

診 療 日 数 日間

5. Type of Treatment

治 療 の 分 類

Hospitalization From _____ / _____ / _____ to _____ / _____ / _____ (days)
入 院 自 至 (日間)

Outpatient or Home Visit _____ / _____ / _____ • _____ / _____ / _____
入 院 外 _____ / _____ / _____ • _____ / _____ / _____

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 : Fill in Form B 医
療機関、または担当医に支払った医療費の内訳 : 様式 B による

10. Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

Name (名前) : Last (姓) First (名) Title (称号)

Address (住所) : Home (自宅) _____ Phone (電話) _____

Office (病院または診療所) _____ 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 _____

■邦訳 (A)

2 . 傷病名

6 . 症状の概要

7 . 処方、手術その他の処置の概要

翻訳文は必ず記入の上提出してください。

翻訳者

住所

氏名

印

電話

必ず医師に記入して頂いてください。

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 health insurance benefit. この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要ですので、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記入し、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (t home visit) should be filled out. 各月ごと、また入院・入院外ごとにつき、この様式1枚が必要です。

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 師 費	\$ _____
(9) X-Ray Examination	X 線 検 査 費	\$ _____
(10) Laboratory Tests*	諸 検 査 費	\$ _____

* Please fill in the content of

_____ \$
_____ \$
_____ \$
_____ \$

the Laboratory Tests.
* 諸検査の内容を記入してください。

(11) Medicines**	医 薬 費	\$ _____
		\$ _____
		\$ _____
		\$ _____
		\$ _____

** Please fill in the name and
the amount of the prescription
of an individual medicine.
** 処方した個々の薬の名称と量を
記入してください。

(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 事 項)	\$ _____

_____ \$
_____ \$
_____ \$
_____ \$

(16) Total 合 計 \$ _____ Unit is _____

通貨単位

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

注 意 : 特別室料等、治療に直接関係ないものは除いてください。

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

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

Address (住所) : Home (自宅) _____ Phone (電話) _____

Office (病院または診療所) _____ 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 _____

■邦訳 (B)

(10) 諸検査費の内訳 (諸検査の内容)

(11) 医薬費の内訳 (薬の名称、量)

(15) その他 (特記事項)

翻訳文は必ず記入の上提出してください。

翻訳者

住所

氏名

㊞

電話

証 書 添 付(原本)

(領収書、処方箋 etc)

診療内容のわかる書類および、領収書原本を
必ず添付してください。