

## 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<sup>被保険者</sup>療<sub>家 族</sub>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：		②被保険者の氏名				
		番号：						
	③診療を受けた者の 氏名及び生年月日	ア 氏名		イ 続柄	ウ 生年月日	昭 ○ 平 ○	年 月 日	
	④傷病名			⑤発病または負傷の 年月日		昭和・平成 年 月 日 (負傷の場合は 時頃)		
	⑥発病又は 負傷の原因							
	⑦傷病の経過							
	⑧診療を受けた	ア 病医院名称			イ 医師名			
		ウ 所在地						
	⑨診療の内容							
	⑩診療の期間	自 年 月 日			日間		⑪診療に要した 費用の総額 (薬代を含む)	金 円也
	至 年 月 日							
⑫療養の給付を受ける 事が出来なかった理由								
⑬ ⑩欄の期間中において 診療を受けた実日数			日間	診療日を○月○日、○月○日……のように列記して下さい。				
⑭ 第三者行為によって負 傷したものであるか否か	○ある	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			
	○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 年 月 日								
被保険者の				住所				
				氏名 <span style="float: right;">㊟</span>				

⑰ 委 任 状	私は _____ 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。						
	年 月 日						
	被保険者	住所／氏名					㊟
代理人	住所／氏名					㊟	

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					

# 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

---

---

---

---

---

---

翻訳者

住所

---

氏名



---

電話

---

---

# 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)

---

---

---

---

---

---

翻訳者

住所

---

氏名

㊞

---

電話

---

---

証 書 添 付(原本)

(領収書、処方箋 etc)

