

同年月日 令和 年 月 日		常務理事		事務長		担当者				
支給 支 払 決 議 書	支払額									
	支給 内 訳	法定					資格 得	年 月 日	療 始	年 月 日
		付加					資格 喪	年 月 日	養 終	年 月 日
	種類	療養費（入院・入院外・歯科・調剤） 装具 その他（ ）								

健康保険 被保険者・家族 **療養費支給申請書(海外・歯科)**

※捺印は不要です。但し、訂正した場合は訂正印を押印してください。

令和 年 月 日提出

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号			被保険者(請求者)のフリガナ			
	記号	番号		氏名			
	被保険者(請求者)の現住所			〒 - 電話 ()			
	事業所名称						
	療養が被扶養者に関するときは、その方の		氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日	続柄	
	傷病名			発病負傷年月日 (療養開始日)	平・令 年 月 日		
	発病または負傷の原因 およびその経過			第三者行為によるものですか はい ・ いいえ			
	診療を受けた病院等		名称				
			所在地				
	診療の期間 (支給期間)		始	年 月 日	日数	診療に要した費用の額	
		終	年 月 日	日間	円		
診療の内容			療養の給付を受けることができなかった理由 海外で療養を受けたため				

【添付書類】 ①領収書 ※月毎に申請書を提出してください。

②海外渡航の事実や渡航期間の確認ができるもの(パスポートの写し等)

受付日付印

※在籍者は、事業所経由(給与加算)でお支払しますので、下記の委任状にご記入下さい

委 任 状	私は 会社 を代理人と定め、本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	
	本人	住所 氏名
	代理人	事業所住所 会社 事業所名称 氏名

※ 退職者のみ支払口座を記入してください。(請求者以外の口座へ振込を希望される場合は別紙委任状が必要です)

銀行 支店 普通 番号 _____
信用金庫 出張所 当座 口座名義 _____

様式 A

- 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 (See the other side of this form)
傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号 (裏面参照)
3. Date of first Diagnosis : _____ , 20 _____
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 _____ , 20 _____ to _____ 20 _____ (_____ days)
入院自 _____ 至 _____ (_____ 日間)
- Out patient or Home Visit : _____ , 20 _____ , 20 _____
入院外 : _____ , 20 _____ , 20 _____
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 : 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 _____

RECEIPT (DENTAL)

(領収明細書 歯科)

Name of patient (Last, first)

患者名 _____

- Health insurance not applicable to illness or injury sustained while at work
(業務上の病気又はケガは健康保険の対象となりません。)
- Separate receipt required for prescriptions.
(薬料は別に処方箋を添付のこと。)

Permanent (疾病の名称及び部位)

8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

Baby teeth (乳歯)

V IV III II I | I II III IV V

V IV III II I | I II III IV V

Identify examined teeth : (該当する部位を○でかこみ病名をつける)

cavity (C) (虫歯)

missing teeth (F) (欠歯)

stomatitis (G) (口内炎)

pyrrhea alveolaris (P) (歯槽膿漏)

extraction needed (Z) (要抜歯)

Examination fees (診断料)	first examination (初診日)	Day of Diagnosis and Treatment (診療日数)	days (日)	Currency paid (支払通貨)
_____	_____	_____	_____	_____
Examination fees (検査料)	X-ray fee (レントゲン)	other (その他)		
_____	_____	_____		

<p>Services (治癒した歯の部位と治療の種類)</p> <p>Describe when gold or platinum was used (治療材料に金、白金を使用したときは特記してください)</p> <ul style="list-style-type: none"> • filling (充てん) • inlaying (インレーまたはアンレー) • capping(metal) (金属冠) • Jacket capping (ジャケット冠) • capping connected (歯冠継続歯) 	
---	--

<p>Chipped Teeth (欠損歯を補綴した場合その部位と種類)</p> <ul style="list-style-type: none"> • bridge (ブリッジ) • partial artificial teeth (局部義歯) • total artificial teeth (総義歯) 	
---	--

<p>Name of hospital or clinic (病院又は診療所名称)</p> <p>Signature of doctor (担当医師署名)</p> <p>date (日付) :</p>	<p>Total (計)</p>
<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p>

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

・治療開始日 _____年____月____日
・Starting date of medication Year_____Month_____Day_____

・患者

(患者名) _____

(住所) _____

(生年月日) _____年____月____日

・Patient

(Name of patient) _____

(Address) _____

(Date of birth) Year _____Month _____Day_____

キューピー・アヲハタ健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、_____ は、キューピー・アヲハタ健康保険組合の職員又はキューピー・アヲハタ健康保険組合が委託した事業者が、海外療養費申請書類にある事実（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。

また、上記確認にあたり、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートをキューピー・アヲハタ健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To: Kewpie Aohata Health Insurance Society

I (patient who has received treatment) authorize Kewpie Aohata Health Insurance Society or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment, place, and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms.

Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

キューピー・アヲハタ健康保険組合

署名欄

Signature

署名は、治療を受けた本人が行って下さい。なお、次の場合は、親権者（本人が未成年の場合）、成年後見人（本人が成年被後見人の場合）、法定相続人（本人が死亡している場合）が署名して下さい。

Insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

(氏名) _____

(住所) _____

(日付) _____ 年 _____ 月 _____ 日

(患者との関係) : 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 [_____]

※ 本同意書の有効期限は署名日から24ヵ月間です。

(Signature) _____

(Address) _____

(Date) Year _____ Month _____ Day _____

(Relation to the insured) : Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other

※ This agreement of authorization expires 24 month after the signed date.

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項を記載頂くことがあります。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.