

記入例（歯科の場合）

用紙C-7(2)号(平成23.5)

支給決定伺				担当					
伺年月日	平成	年	月	日	支払年月日	平成	年	月	日
支給期間	平成	年	月	日	至平成	年	月	日	金額
資格取得	昭和	年	月	日	給	円			
資格喪失	平成	年	月	日	額				
標準報酬	月額				千円				

海外 **被保険者** 療養費支給申請書 (第 回)

被保険者証	記号	101	番号	XXXXX	被保険者氏名	健保 太郎					
療養を受けた者の氏名	健保 太郎			生年月日	昭和	年	月	日	続柄	本人	
療養支給の申請をした理由	現地駐在中・出張中・旅行中			医療機関名	シンガポール			所在地			
診療区分	1.通院期間	自平成	XX	年	XX	月	XX	日	※ 1日から末日までの1か月ごとに用紙を分けて記入		
発病又は負傷年月日	平成			XX	年	XX	月	XX	日	負傷原因および状況	自宅で食事中痛くなった
名	う蝕症、歯周炎			症状について	(例) 発熱・腹痛など			歯痛及び歯ぐきの腫れ			
診療を受けた医療機関名	△△Hospital			医師の氏名	Dr. X X						
診療に要した費用	通貨単位	SDR	※現地医療費日本円換算額			※海外医療費給付参考標準額			記入・押印不要（健保使用欄）		
振込先	銀行コード	XXXX	店番号	XXXX	フリガナ	XXXX	XXXX	フリガナ	XXXX	XXXX	
	フリガナ	XXXX	フリガナ	XXXX	名義人	XXX	XXX	口座番号	XXX	XX	XX
	支店	XXXX	銀行	信組	信金	農協	支店	口座番号	XXX	XX	XX
日付	上記のとおり申請いたします。			会社名	XXXXXX			朱印で押印			
注意	注意事項をよくご確認ください			所属	XXXX(海外住所)			健保印			
	JVCケンウッド健康保険組合 殿			自宅住所	健保 太郎						
				氏名	XXX (XXX) XXXX						

- 注意事項
- (1) 受診者別に1カ月分（1日から末日まで）を医療機関別に申請書を提出願います。
 - (2) 医科診療の申請をする時は、用紙C-9号と領収書を添付してください。
 - (3) 歯科診療の申請をする時は、用紙C-9号、C-11号および領収書を添付してください。
 - (4) 日本語の翻訳文を添付してください。

事業所 健保担当者印 健保受付印

※事業所の健保担当者が押印

年 月 日

所属事業所（会社）の人事部門へ提出後、担当者が押印

翻訳者

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 social insurance benefit. この様式は患者の社会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書き、かつ署名してください。
- 3. One form for each patient should be filled.

氏名
この用紙は担当医（医療機関）に記入してもらってください

住所

医療機関で記入済であることの確認

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 preferably with the use of Social Insurance (Please refer to 傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号
傷病名は記入してあること

_____ (No.)
傷病名は記入してあること

3. Date of First Diagnosis: _____, 20_____
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
診療日(日付：自～至)・日数は記入してあること

Hospitalization: From _____, _____ to _____, 20_____
入院 自 至 (days) 日間

Outpatient or Home Visit _____, 20_____
入院外 _____, 20_____

6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief) 症状の概要

7. Prescription, operation and any other treatment
できるだけ詳細に書いてもらう
薬を処方されている場合は
薬名 ●錠/日 ▲日分が
わかるように
(他の資料に記載有れば薬の詳細は不要)

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. Name and Address of Attending Physician
担当医の名前及び住所
医師の氏名・病院（診療所）名・所在地が
サインあるいはスタンプで記載してあること

Name 氏名: Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____

Address 住所: Home 自宅 _____ Phone 電話 _____

Office 病院又は診療所 _____ Phone 電話 _____

Date 日付 _____ Signature 署名 _____

日付は診療最終日以降

Attending Physician 担当医
Reference Number of your Medical Report (if applicable)
診療録の番号 _____

記入例（歯科の場合）

この用紙は担当医（医療機関）に記入してもらってください

1日から末日までの1か月ごとに用紙を分けて記入してあること

用紙統一11号(平成23.10)

Attending

This form

受診者名・年齢・性別・初診日・診療日数が記入してあること

Name of Patient (受診者名) Age(年齢) Sex(男,女) Male, Female

First Diagnosis(初診日) Days of Diagnosis and Treatment (診療日数) days

Localization of Teeth(部位)																		
Permanent Teeth(永久歯)						Deciduous Teeth(乳歯)												
18 17 16 15 14 13 12 11						21 22 23 24 25 26 27 28 E D C B A A B C D E												
R						L						R						L
48 47 46 45 44 43 42 41						31 32 33 34 35 36 37 38 E D C B A A B C D E												

日付・治療部位が記入してあること

Dental Treatment		Date	Localization of Teeth Examined & Material	Unit fee	Amount fee
* Examination/Consultation					
* X-Ray Examination(Panoramic, Intraoral, Bitewing)					
* Scaling & Polishing/Prophylaxis					
* Topical Fluoride Application					
* Restauration	@ Amalgam Simple/ Complex				
	@ Light Cured Resins Simple/ Complex Bonding/titanium screws				
	@ Crown Ordinary/with pin core /with root post core				
	@ Bridge				
* Root Canal Therapy (single,double,multi)					
* Periodontics(Curettage ; Root Plan & Scaling)					
* Extraction (Routine/difficult)					
* Oral Surgery @Impacted Teeth @Apicoectomy @Periodontal Surgery @Others					
* Partial Dentures(Acrylic,Chrome Cobalt, Others)					
* Complete Dentures(Acrylic,Chrome Cobalt, Others)					
				Total	

日付（治療最終日以降）・
医師の氏名・診療所名(所在地)・が
サイン（スタンプ）してあること

Date

Name of Dental Surgeon

Signature

添付の領収書と同額か確認

Name and Address of Dentist's Office

記入例（歯科の場合）

申請書1枚毎に添付してください

用紙 C-7(3)号(平成 28.4)

(海外療養費) 調査に関わる同意書 Agreement of Authorization

・治療開始日 XXXX年 XX月 XX日

・ Starting date of medication Year XXXX Month XX Day XX

・患者
(患者名) 健保 太郎

(住所) XXXX(海外住所:医療機関に申告している所)

(生年月日) XX年 XX月 XX日

・ Patient

(Name of patient) Taro Kenpo

(Address) XXXX(海外住所:医療機関に申告している所)

(Date of birth) Year XX Month XX Day XX

JVCケンウッド健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）健保 太郎 は、JVCケンウッド健康保険組合の職員又はJVCケンウッド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JVCケンウッド健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To: JVCKENWOOD Health Insurance Society

I (patient who has received treatment) authorize JVCKENWOOD 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.

署名・押印欄
Signature

直筆サインでない場合は
朱印の押印が必要

署名・押印は、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、押印して下さい。

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) 健保 太郎

(住所) XXXX(海外住所:医療機関に申告している所)

(日付) XX年 XX月 XX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12ヵ月間です。

最終診療日以降の日付

(Signature) Taro Kenpo

(Address) XXXX(海外住所:医療機関に申告している所)

(Date) Year XX Month XX Day XX

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

※ This agreement of authorization expires 12 months 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.