**療　養　費**

**家族療養費**

（注意事項）

K0304-I

海外療養費 １／７

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 電話 | 電話 |
| 海外 支給申請書 | 事業主（所）健保責任者 | 事業主（所）健保担当者 | 所属上長 | 庶 務 係 |
|  |  |  |  |

１．在職中の方は、事業主経由で支払いますので委任状をご記入ください。資格喪失者(退職者)は、健保から直接銀行振込しますので、退職日・振込先(被保険者名義)をご記入ください。

２．診療年月が特退・任継加入期間中の場合は、保険料の引き落とし口座へ振込しますので、振込先欄は記入不要です。

３．会社名欄には海外勤務者は海外勤務先、それ以外の方は事業所名および所属を略号で記入してください。

４．添付する領収書は、内訳を詳細に記載したものが必要です。また、邦訳・証明等の省略は不可。

５．業務以外で渡航した場合「調査に関わる同意書6/7」と航空券、パスポート等［海外に渡航した事実が確認できる書類］の写しを「添付書類7/7」に貼付してください。

６．外傷性疾病で、その原因が相手のいない事故の場合は『傷害事故届』、相手がいる場合は『第三者行為による傷病届』を必ず提出してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 | ｸﾞﾙｰﾌﾟ長 | 主務者 | 担当者 |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 会社名(海外勤務先) |  | 被保険者証 | 被保険者氏名 |
| 記　号 | 番　　号 |  |
| 所　属 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | Ｓ・Ｈ 　 年 　 月 日 |
| 申請が被扶養者 | 氏 名 |  | 生年月日 |  S | 　 年　 　 月　 　日　　 | 被保険者との続柄（詳細に） |  |
|  H |
|  R |
|  |  | 発病または負傷年月日 | Ｈ・Ｒ　　　年　　　月　　　日 |
| 発病または負傷の原因 |  | 傷病の経過 |  |
| 診療をうけた | 国 名 |  | 診療内容 |  |
| 所在地 |  |
| 入院・入院外(○で囲む) | 入院　・　入院外 |
| 名　称 |  |
| 診 療 期 間 | 自 Ｈ・Ｒ　 　年　　月　　日至 Ｈ・Ｒ　 年　　月　　日 　　　日間 | 診療に要した金額（領収書原本を添付） |  　　　　 ※現地通貨で記入 |
| 通貨単位 |
| 日本国内で受診できなかった理由（○で囲む） | ・出張中　・現法駐在中・その他（ 理由　　　　　　　 ） | →（注意事項５）参照※日本国外に居住する外国籍の被扶養者についても6/7「同意書」、7/7「添付書類」(※注意事項参照）が必要 |
| 第三者行為による傷病ですか | はい　・　いいえ（○で囲む） | →“はい”の場合「第三者行為による傷病届」を提出 |
| 外傷性疾病(ケガ･やけど等)ですか | はい　・　いいえ（○で囲む） | →“はい”の場合「傷害事故届」を提出 |
| （注意事項１･２参照）給付金受取方法 | A.会社経由での支給＊在職中の方は会社経由 | 【委任状】 | この申請に基づく給付金の受領を事業主に委任します。令和　　年　　月　　日　　被保険者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| B.個人への直接支給＊退職（予定）者のみ可【退職日】H・R　　　年　　　月　　　日 | 退職者用【振込先】 | 銀行 | 支店 | 普通 ・ 当座 |
| 口座番号 |  | ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 名義人 |  |
| 上記のとおり申請します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　　年　　　　月　　　　日〒住所被保険者　氏名 　　　　　 　 電話東芝健康保険組合 御中 |

|  |
| --- |
| 事業主（所）記載欄適用事業所記号 |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 組合記載欄 | **支 給 決 定 額** | **支 払 先 コード** | **支 給 年 月 日** |
| 円  |   | 令和 　 　 　　　　 |
|  （備考欄）**ゆうちょ銀行不可** 売レート（Ｈ ． ． ）： ＝ 円 ×　　　 ＝ ≒ 円（１円未満切捨て） |

※　本届に記載した個人情報並びに証明書類については、ホームページ等に掲載の利用目的以外には使用いたしません。

K0304-I

海外療養費 ２／７

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.

　　　　　　　この様式は社会保険の給付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 month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out.

　　　　　　　各月毎、入院・入院外毎につき、この様式１枚が必要です。

Attending Physician’s Statement

診　療　内　容　明　細　書

## Form A（様式A）

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

　　　　　傷　　病　　名

３．Date of First Diagnosis：　　　　　 ,　 　,２０

　　　　　初　　診　　日 日 月 年

４．Days of Diagnosis and Treatment：　　　　　　 　days

　　　　　診　療　日　数　　　　　　　　　　　　　 　日間

５．Type of Treatment

　　　　　治 療 の 分 類

　　□Hospitalization： 　　　From　　 ,　 　,２０ to 　　 ,　 　,２０ ( 　　days)

　　　　　入　　院　　　　 　　自　　　　　　　　　　　 至　　　　　　　　　　 　 (　 　日 間)

　　□Outpatient or Home Visit： From　　 ,　 　,２０ to 　　 ,　 　,２０ ( 　　days)

 入 院 外 From　　 ,　 　,２０ to 　　 ,　 　,２０ ( 　　days)

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　□

　　　　　治癒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 Ｃ

　　　　　項目別治療実費　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様式Ｃによる

10．Name and Address of Attending Physician

　　　　　担当医の名前および住所

　　　　　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電話

　　　　　　Date日付　　　　　　　　　　　　Signature署　名

　　　　　Reference Number of your Medical Report (if applicable)

　　　　　　診療録の番号

K0304-I

海外療養費 ３／７

### Request to the Dental Surgeon

### 歯科医師へのお願い

1. Please fill in from so that the patient may claim the social insurance benefit.

この様式は社会保険の給付申請に必要ですので、証明をお願いします。

1. This form should be completed and signed by the Dental Surgeon.

 この様式は、歯科医師が記入し署名してください。

1. One form for each month should be filled out.

 各月ごとにこの様式一枚が必要です。

４． If not in dollars, please specify the unit used.

 ドル以外の貨幣の場合は、その旨を明記ください。

### Itemized receipt（Dental）

### **領 収 明 細 書 （歯 科）**

**Form B （様式Ｂ）**

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）

 Date of First Diagnosis , , Day of Diagnosis and Treatment days

 初診日 診療日数 日間

**Localization of Teeth部位**

Permanent Teeth（永久歯）

 ８７６５４３２１ １２３４５６７８

 ８７６５４３２１ １２３４５６７８

Deciduous Teeth（乳歯）

 ｅｄｃｂａ ａｂｃｄｅ

 ｅｄｃｂａ ａｂｃｄｅ

Ｌ．

Ｒ ．

Ｒ．

Ｌ．

**Ⅰ．Name of Illness 症病名**

1.Dental Cariesう蝕症 2.Missing Teeth 欠損 3.Pyorrhea Alveolar 歯槽膿漏 4.The Othersその他

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ⅱ．Dental Treatment 歯科治療** | Localization of Teeth Examined患歯部位 | Material 材 料 | Ｆｅｅ 治療費 |
|  | 1.initial Office Visit  | 初診料 |  |  | $ |
|  | 2.X-Ray Examination  | X線検査 |  |  | $ |
|  | 3.Dental Pulp Extirpation  | 抜髄 |  |  | $ |
|  | 4.Extraction  | 抜歯 |  |  | $ |
|  | 5.Filling  | 充填 |  |  | $ |
|  | 6.Inlay  | ｲﾝﾚｰ |  |  | $ |
|  | 7.Metal Crown / resin  | 金属冠 |  |  | $ |
|  | 8.Post Crown  | 継続歯 |  |  | $ |
|  | 9.Jacket Crown  | ｼﾞｬｹｯﾄ冠 |  |  | $ |
|  | 10.Bridge Work  | ﾌﾞﾘｯｼﾞ |  |  | $ |
|  | 11.Plate Denture  Partial Denture  Complete Denture  | 有床義歯局部義歯総義歯 |  |  | $ |
|  | 12.Treatment of Pyorrhea Alveolar  歯槽膿漏治療 |  |  | $ |
|  | 13.Medicine 投 薬 |  |  | $ |
|  | 14.The Others ( ) その他 ( ) |  |  | $ |
|  | 15.Total 合 計 | （Unit is ） 貨幣単位 | $ |

Name and address of the Dental Surgeon歯科医師の名前・住所

 Name 名前 Last First Title 称号

 Address 住所Home自宅 Phone 電話

 Office歯科医院 Phone 電話

 Date 日付 Signature 署名

※申請者は、上記の内訳の詳細を邦訳してください。

K0304-I

海外療養費 ４／７

### Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic

担当医または病院事務長へのお願い

　　　　　１．Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.

　　　　　　　この様式は社会保険の給付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 either the attending physician or the superintendent of

　　　　　　　a hospital / clinic.

　　　　　　　この様式は担当医または病院の事務長が書き、かつ署名してください。

　　　　　３．One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled

　　　　　　　out.　各月毎、入院・入院外毎につき、この様式１枚が必要です。

　　　　　４．If not in dollars, please specify the unit used.

　　　　　　　ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いてください。

Itemized Receipt

領　収　明　細　書

**Form Ｃ （様式Ｃ）**

 (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 　　職業看護婦費 ＄

 (9)　X-Ray Examinations 　　　Ｘ線検査費 ＄

(10)　Laboratory Tests 　　　　諸検査費 ＄

(11)　Medicines 　　　　　医薬費 ＄

(12)　Surgical Dressing 　　　　　包帯費 ＄

(13)　Anaethetics 　　　　　麻酔費 ＄

(14)　Operating Room Charge 　　　手術室費用 ＄　　　　　　　　　＄

(15)　Others (Specify) その他(項目明記) ＄　　　　　　　　　＄

(16)　Total 　　　合　　　計 ＄　　　　　　　　　Unit is

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 貨幣単位

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

　　　注　　　意 ：高級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 / Superintendent of Hospital or Clinic

　　　　　　　　　担当医または病院事務長の名前および住所

Name 名　前：Last姓　　　　　　　　　　　First名　　　　　　　　　　　　　Title称号

Addres 住　所：Home自　宅　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Phone電話

Office 病院または診療所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Phone電話

　　　　　　　　　　　　　　Date：日　付　　　　　　　　　　　　Signature署　名

K0304-I

海外療養費 ５／７

海外療養費の申請について

|  |
| --- |
| １．海外での在住中・旅行中の負傷や疾病にかかった医療費は、申請により健康保険組合から償還されます。※業務上災害・通勤災害・検診・保険適用外の治療等の場合は、海外療養費の支給対象外です。※海外の医療機関での治療を目的として海外に出かけた場合は、海外療養費の支給対象外です。※請求期限は、治療費を支払った日の翌日から２年ですので、すみやかに手続きしてください。２．申請に必要な書類は、**海外（家族）療養費支給申請書、様式Ａ・Ｂ・Ｃ、領収書の原本**です。（省略不可）・**歯科以外**を受診した場合：**様式Ａを医師**に、**様式Ｃを担当医師または病院等の事務長**に証明を依頼してください。 ・**歯科**に受診した場合 ：**様式Ｂを歯科医**に、**様式Ｃを歯科医師または病院等の事務長**に証明を依頼してください。３．受診者別、入院・外来別、各月毎に申請書を作成し、各証明（様式Ａ・Ｂ・Ｃ）を医師に依頼してください。４．各証明（様式Ａ・Ｂ・Ｃ）の次の項目について**『■ 各証明の項目内容（邦訳）』**に邦訳を記入し、翻訳者が署名してください。（本人が翻訳した場合も同様） ・様式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』 ・様式Ｂ：『Ⅱ．歯科治療の５～１１の各材料、１４その他』 ・様式Ｃ：『（１５）その他（項目明記）』５．海外勤務者は海外事務所または海外現地法人経由で所管事業主（所）総務部門へ、また出張者は直接、所管総務部門へ提出してください。 |

* **各証明の項目内容（邦 訳）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **様 式 Ａ** | 項 目 | **邦 訳** |
| ２．傷病名  |  |
| ６．症状の概要 |  |
| ７．処方・手術その他の処置の概要 |  |
| **様 式 Ｂ** | 治 療 内 容 | **材 料 の 邦 訳** |
| 3. 抜髄 |  |
| 4. 抜歯 |  |
| 5. 充填 |  |
| 6. ｲﾝﾚｰ |  |
| 7. 金属冠 |  |
| 8. 継続歯 |  |
| 9. ｼﾞｬｹｯﾄ冠 |  |
| 10.ﾌﾞﾘｯｼﾞ |  |
| 11.有床義歯 局部義歯 総義歯 |  |
| 14.**そ の 他**  | **内容の邦訳** | **部位・材料の邦訳** |
|  |  |
| **様式Ｃ** | **項 目** | **具体的な内容・部位・材料等の邦訳** |
| （15）その他（項目明記） |  |
| **翻訳者署名欄** |  上記のとおり、翻訳いたしました。 令和 年 月 日 住所 名前　 　　　　　　　　　　　　　　　　　  ＴＥＬ |

K0304-I

海外療養費 ６／７

**調査に関わる同意書**

Agreement of Authorization

・治療開始日Starting date of medication Year Month Day　 　年Year 　　月Month　　　 日Day

・患者Patient

（患者名 Name of patient）

（住所 Address）

（生年月日Date of birth）　 　年Year 　　月Month　　　 日Day

東芝健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）　　　　　　 は、東芝健康保険組合の職員又は東芝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、パスポートを東芝健康保険

組合に提示することも併せて同意します。

To: Toshiba Health 　Insurance　 Society

I (patient who has received treatment) authorize Toshiba Health 　Insurance　 Society　to refer

and obtain any and all factual information related to an overseasmedical 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Signature）

（住所Address）

（日付Date） 　　　　　年Year 　　月Month　　　 日Day

（患者との関係 Relation to the insured) ：本人Self ・ 親権者Guardian ・ 法定相続人Heir

 ・ その他Other〔 〕

※ 本同意書の有効期限は署名日から６ヵ月間です。

 This agreement of authorization expires six 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.

K0304-I

海外療養費 ７／７

**【添付書類】**

（注意事項）

・業務以外で渡航した場合は、航空券、パスポート（氏名の頁、滞在国の入国あるいは出国の押印が確認できる頁）等、海外に渡航した事実が確認できる書類の写しを貼付してください。

・日本国外に居住する外国籍の被扶養者については、身分証明証（居住地が記載された頁）の写しを貼付してください。